

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 40

DE LA LUXATION
DES
TENDONS PÉRONIERS LATÉRAUX

Étiologie. — Symptômes. — Traitement

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges TELLIER

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Cosne (Nièvre), le 7 Février 1875



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSEURS

3, rue Stella, 3

—
1899

DE LA LUXATION
DES
TENDONS PÉRONIERS LATÉRAUX

ÉTIOLOGIE, SYMPTOMES, TRAITEMENT

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1899-1900. — N° 40

DE LA LUXATION
DES
TENDONS PÉRONIERS LATÉRAUX

Étiologie. — Symptômes. — Traitement

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1899

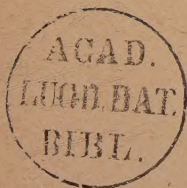
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges TELLIER

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Cosne (Nièvre), le 7 Février 1875



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS
3, rue Stella, 3

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (M.)
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements.	POLLOSSON (A.)
Propédeutique médicale	ROQUE.
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE.
Botanique.	BEAUVISAGE.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BERARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. OLLIER, Président ; M. GANGOLPHE, Assesseur ;
MM. VALLAS et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE & A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance

A M. LE DOCTEUR GAUCHER

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

A M. LE MÉDECIN-INSPECTEUR GENTIT

Directeur du Service de Santé du 1^{er} Corps d'Armée

Officier de la Légion d'Honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR OLLIER

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon

Membre correspondant de l'Institut

Commandeur de la Légion d'Honneur

A M. LE MÉDECIN-MAJOR RUOTTE

Répétiteur à l'École du Service de Santé Militaire

Parvenu au terme de notre scolarité médicale, nous avons à cœur de rendre ici un témoignage public de reconnaissance à tous ceux qui, par leur savoir, leurs conseils et leur appui nous ont aidé à mener à bonne fin nos études.

Il est deux noms que nous sommes heureux et fier de placer en tête de ce premier travail et d'associer dans un même sentiment de gratitude, celui de M. le docteur Gaucher, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et celui de M. le docteur Gentit, médecin inspecteur de l'Armée.

M. le professeur agrégé Gaucher a été notre premier maître. Pendant le stage d'une année que nous avons accompli dans son service à l'hôpital Saint-Antoine, et depuis que nous l'avons quitté — non sans regret — il nous a toujours témoigné les marques d'un bienveillant intérêt ; que ce Maître dont nous resterons toujours l'élève fidèle et dévoué, veuille bien agréer l'expression de notre plus profonde gratitude et de notre respectueux attachement.

Le bienveillant appui dont M. le médecin inspecteur Gentit a bien voulu nous soutenir nous a profondément honoré ; nous le prions de voir dans ces lignes le témoi-

gnage respectueux de notre sincère reconnaissance, et au moment de nous consacrer à l'Armée, nous lui promettons que tous nos efforts tendront à nous montrer digne de sa haute protection.

M. le docteur Lafille, Médecin-major de 1^{re} classe, Chevalier de la Légion d'honneur, a particulièrement droit à notre gratitude ; nous n'oublierons pas les marques d'intérêt qu'il nous a plusieurs fois témoignées et nous le prions d'accepter nos plus sincères remerciements.

M. le professeur Ollier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous ne rêvions pas de plus grand honneur pour ce premier travail et nous prions ce Maître éminent, dont nous sommes fier d'avoir été l'élève, de croire à notre plus profonde reconnaissance et à notre grande admiration.

M. le Médecin-major Ruotte, répétiteur à l'Ecole du Service de santé militaire, nous a inspiré ce travail, et c'est avec la plus grande affabilité qu'il nous a guidé de ses conseils éclairés pour le mener à bonne fin ; nous sommes heureux de pouvoir lui adresser ici nos remerciements les plus sincères.

Merci à nos Maîtres des Facultés de Paris et de Lyon ainsi qu'à MM. les Médecins-Majors Répétiteurs à l'Ecole du Service de Santé militaire.

Nous tenons à assurer de notre gratitude M. le médecin principal Pierrot et M. le médecin-major Patte pour les soins dévoués qu'ils nous ont prodigués lors d'un accident.

Merci à M. le médecin-major Marotte pour sa bienveillance à notre égard.

Que notre camarade d'École, le docteur Moulin, Aide-major au 16^e régiment de chasseurs à cheval, veuille bien croire à notre sincère amitié et à notre profonde estime.

Merci enfin à nos camarades de promotion et, en particulier à nos amis dont la société nous a été si précieuse pendant ces trois dernières années.

INTRODUCTION

L'indication première de ce travail nous a été fournie par M. le Médecin-major Ruotte, Répétiteur à l'Ecole du Service de Santé militaire, à l'occasion d'un cas de luxation des tendons péroniers latéraux observé et opéré par lui, en février 1899.

C'est là une affection très rare, — on n'en trouve qu'une vingtaine de cas, dans la littérature médicale, — et le nombre des malades opérés est extrêmement restreint. C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'ajouter une observation inédite à la liste peu chargée de celles déjà publiées, et de faire à cette occasion, une étude détaillée de la lésion.

La luxation des tendons péroniers a fait le sujet de plusieurs travaux intéressants ; la dernière étude relativement complète est la thèse de Balard d'Herlinville qui remonte à 1890. Depuis cette époque, de nouveaux cas ont été observés, plusieurs articles ont été publiés, des expériences ont été faites, enfin plusieurs procédés opératoires ont été mis en usage. Nous avons lu et analysé presque tous ces documents épars dans les revues françaises et étrangères, et nous nous sommes

efforcé de présenter ici une étude aussi complète que possible de la question.

Notre travail est ainsi divisé :

Chapitre premier. — Historique.

Chapitre II. — Considérations anatomiques et physiologiques.

Chapitre III. — Variétés.

Chapitre IV. — Etiologie. Mécanisme.

Chapitre V. — Anatomie pathologique.

Chapitre VI. — Symptômes. Diagnostic.

Chapitre VII. — Marche. Terminaison. Pronostic.

Chapitre VIII. — Traitement. Différents procédés opératoires. Opération de M. le médecin-major Ruotte.

Chapitre IX. — Observations.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Le premier cas publié de luxation des tendons péroniers latéraux appartient à Monteggia (1803), ; le second à Robert (1847). En 1862, Demarquay publie (*Gaz. des Hôp.*, 22 avril 1862), deux observations personnelles, avec quelques considérations sur la lésion; mais c'est Jarjavay (*Gaz. hebdomadaire*, 1867, p. 387), qui fait le premier une étude détaillée de la question.

En 1868, Legouest publie un cas de luxation habituelle des tendons péroniers, survenue à la suite d'une entorse (*Gaz. des Hôp.*, 1868, p. 191).

Nous ne relevons aucun cas de 1868 à 1874, mais à cette époque la question revient à l'ordre du jour, à l'occasion de l'accident dont fut victime M. Ch. Martins, qui, au cours d'une promenade aérostatique, s'était luxé le tendon du jambier postérieur. C'est là une luxation analogue à celle des péroniers. M. Ch. Martins publia sa propre observation et fit à ce sujet une communication intéressante à l'Académie de médecine (6 janvier 1874). A cette même séance, Benoît et Gosselin rapportèrent des cas personnels de luxation des tendons péroniers.

L'année suivante (1875), Blanluet, élève de Gosselin,

choisissait comme sujet de travail inaugural l'étude de cette luxation.

En 1876, Beach fait paraître (*Boston med. and surgic. journal*, mars 1876), un article dans lequel il analyse les 18 cas qu'il a réunis.

En 1877, Guttierrez soutint sa thèse sur le même sujet.

En 1878, Gillet de Grandmont publia une nouvelle observation (*France Médicale*, 1878).

Ce fut Daniel Mollière, de Lyon, qui le premier, traita la luxation des tendons péroniers latéraux, par la méthode sanglante. Il expose dans le *Lyon Médical* du 2 novembre 1879, l'observation de son malade, le procédé opératoire qu'il a employé et quelques considérations sur la lésion. (L'opération remontait à 1875).

En 1882, Maydl, assistant de la clinique du professeur Albert de Vienne, publie l'observation d'un malade opéré par ce chirurgien (*Allgemeine Wiener med. Zeitung*, 1882, N° 6).

En 1890, paraît la thèse de Balard d'Herlinville, inspirée par M. le professeur Lannelongue, à l'occasion d'un cas opéré par ce chirurgien.

Il s'agissait d'un enfant de 6 ans, atteint de luxation des tendons péroniers latéraux à la suite d'une paralysie infantile.

En 1895, M. le professeur Kraske de Fribourg-en-Brisgau publie (*Centralblatt für Chirurgie*, 15 juin 1895) un article fort intéressant dans lequel il expose les expériences de son élève, M. Louis Schneider, ainsi que le résultat de ses propres recherches sur la lésion. M. Kraske expose dans le même article l'opération pra-

tiquée par lui-même et le résultat obtenu dans un cas qu'il a soigné.

La même année et dans le même journal, M. Kramer publie l'observation d'un cas de luxation congénitale des tendons péroniers latéraux chez un enfant de 9 mois, et qu'il a traité chirurgicalement.

Puis viennent les observations de : Allen-Walsham (*British med. journal*, 2 novembre 1895), Staffel (*Centralbl. für Chirurgie*, 5 novembre 1895), Perimoff (*Revue de Chirurgie*, 1896, p. 679), qui décrit le procédé du professeur Konsmine de Kazan, Munro-Smith (*Brit. med. journal*, 1897), König (*Centralbl. für Chirurgie*, 1898, et Riese (*ibidem*, 1898).

CHAPITRE II

Considérations anatomiques et physiologiques

Le long et le court péronier latéral constituent la région externe de la jambe.

Le long péronier latéral prend ses insertions supérieures sur la tête du péroné et à la partie voisine de tubérosité du tibia, au tiers supérieur de la face externe du péroné, à l'aponévrose jambière et aux cloisons fibreuses, intermusculaires qui le séparent de l'extenseur commun des orteils et des muscles de la région postérieure; les fibres descendent le long du péroné, et s'attachent à un tendon vers la partie moyenne de la jambe. Ce tendon passe derrière la malléole externe, se réfléchit d'arrière en avant et de haut en bas, passe en avant du tendon du court péronier et est maintenu par une gaine sur la face externe du calcanéum; au niveau du cuboïde, il se réfléchit de nouveau dans une gouttière où il se renfle (os sésamoïde) et il aboutit au tubercule externe de la base du premier métatarsien,

Le court péronier latéral situé au dessous, s'insère sur la face externe du péroné aux deux tiers supérieurs,

de là, son tendon descend jusqu'à la malléole externe où il glisse dans la même gaine que le long péronier latéral ; il se réfléchit, passe dans une gaine spéciale sur la face externe du calcanéum et s'insère au tubercule de la base du 5^e métatarsien.

A la région externe du cou-de-pied, « les tendons péroniers latéraux, dit M. le professeur Tillaux (1), occupent une loge ostéo-fibreuse dont les parois sont formées par la malléole externe d'un côté et par le ligament annulaire externe de l'autre. Ce ligament est étendu de la malléole externe au calcanéum. De sa face profonde se détache une cloison, qui forme à ce niveau pour chaque tendon une coulisse séparée, tandis qu'au dessus la coulisse est commune aux deux organes. »

Les expériences électro-physiologiques de Duchenne de Boulogne ont établi que la fonction réelle du long péronier latéral est d'abaisser le bord interne de l'avant-pied sur lequel le biceps sural est complètement sans action, que ce muscle est en outre destiné à agir sur l'articulation calcanéo-astragaliennne comme abducteur. Le long péronier latéral exerce son action sur les articulations du bord interne de l'avant-pied dans les premiers temps de sa contraction, et dans le second, sur les articulations calcanéo-astragaliennne et tibio-tarsienne. En résumé, le long péronier latéral abaisse fortement le bord interne du pied, relève le bord externe et par suite, renverse la plante en dehors en augmentant la cambrure du pied, il peut de plus étendre le pied sur la jambe.

(1) Tillaux. *Anat. Topog.*, 8^e édition, p 1080

Le court péronier latéral relève le bord externe du pied, tourne la plante en dehors et peut également étendre le pied sur la jambe.

—————

CHAPITRE III

Variétés

Il y a lieu de distinguer deux variétés de luxation des tendons péroniers latéraux. Dans l'une les deux tendons sont luxés ; dans l'autre, un seul tendon est déplacé. Dans ce dernier cas, il s'agit toujours du long péronier latéral. Nous n'avons pas trouvé une seule observation de la luxation isolée du court péronier. Le long péronier est, en effet, le plus superficiel, il recouvre le court péronier en le protégeant ; c'est ce qui explique pourquoi il est plus facilement luxé.

Des considérations anatomiques exposées ci-dessus, il ressort que les tendons ne peuvent se luxer qu'en avant, c'est-à-dire sur la face externe de la malléole péronière.

Quand la luxation n'a pu être maintenue réduite à l'aide de bandages et d'appareils, elle devient pour ainsi dire chronique, et constitue ce que l'on a appelé la « luxation habituelle » que nous décrirons plus loin.

On ne doit pas confondre cette « luxation habituelle » d'origine traumatique, avec ce que Monteggia a appelé, à propos de son propre cas, la « Subluxation » des tendons péroniers. Cette subluxation s'établit sans traumatisme, elle est due à ce que chez certains sujets

la gaine fibreuse qui retient les tendons dans leur gouttière est flasque et élastique, et peut, sans se rompre, permettre aux tendons de passer sur la malléole, le plus souvent avec un bruit sec et perceptible. Ce phénomène ne constitue d'ailleurs pas une infirmité et les malades n'en sont que fort peu incommodés.

D'après Demarquay, la luxation peut être complète ou incomplète. Dans le premier cas il y a des déchirures de la gaine et déplacement des tendons ; dans le second, la gaine est déchirée, mais les tendons, quoique déplacés, ne sont pas complètement luxés, il n'existe de cette dernière variété qu'une seule observation de Demarquay.

CHAPITRE IV

Etiologie. — Mécanisme

A) Etiologie générale. — Causes prédisposantes.

FRÉQUENCE. — Bien qu'elle soit la plus fréquente des luxations tendineuses, la luxation des tendons péroniers latéraux est une lésion rare. « Je ne l'ai vue que quatre fois, dit le professeur Kraske (1), de Fribourg, et je dois reconnaître, d'après les rares documents que l'on trouve sur cette question dans les livres classiques et dans les publications, que d'autres chirurgiens également ne possèdent pas à ce sujet, une expérience plus étendue. » En effet, nos recherches dans les publications françaises et étrangères ne nous ont permis de découvrir qu'un nombre restreint d'observations; nous en avons réuni 25, ce qui pensons-nous représente la presque totalité, puisque Le Dentu et Delbet et le professeur Kraske pensent qu'il n'en existe pas plus d'une vingtaine dans la science.

Demarquay croyait qu'en réalité, cette lésion est plus fréquente qu'on ne pense, sa conviction était « que souvent, la déchirure de la gaine des péroniers a

(1) *Centralblatt für chirurgie*, 15 juin 1895.

été méconnue et rapportée à toute autre lésion (1) ». C'était aussi l'avis du Dr Sebergondi qui considérait la luxation des tendons comme assez fréquente dans les cas d'entorse ou d'efforts musculaires violents et qui attribuait le succès des rebouteurs, dans les cas où les médecins avaient échoué, à la réduction des tendons dans leur place.

Nous croyons avec Jarjavay, qu'il ne s'agit pas là d'une lésion méconnue, car il n'est pas possible que ses signes si caractéristiques passent inaperçus aux yeux des chirurgiens qui explorent journellement avec soin la région du cou-de-pied à l'occasion d'une entorse ou d'une fracture. « Si cette lésion n'a pas été signalée plus souvent, c'est qu'elle est infiniment rare (2). » Le petit nombre d'observations publiées jusqu'ici en témoigne.

La plupart des auteurs qui nous ont précédé considèrent la luxation isolée du tendon du long péronier latéral comme la plus fréquente. D'après nos recherches, nous pensons que la luxation simultanée des deux tendons est celle qui se produit le plus souvent. Car des 25 observations réunies à la fin de ce travail, 16 se rapportent aux deux tendons, 9 à celui du long péronier latéral.

TEMPÉRAMENT. — La luxation des tendons péroniers latéraux se rencontre surtout chez les gens vigoureux, ayant des contractions musculaires énergiques. Bon nombre des observations auxquelles elles se rapportent

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, 1861, p. 21.

(2) Jarjavay. *Gaz. hebdom.*, 1867, p. 387.

sont forts et bien musclés. Les personnes grêles et lymphatiques sont au contraire, peu prédisposées à cette affection, mais c'est chez elles que l'on rencontre ce que l'on a appelé la subluxation des tendons péroniers. Chez les sujets mous et lymphatiques, en effet, la gaine des tendons péroniers est flasque et élastique, et peut se distendre suffisamment pour accompagner les tendons qu'elle retient jusqu'à sur la face externe de la malléole.

En 1895, M. Staffel a publié une observation de luxation traumatique chez un homme d'une constitution particulièrement faible ; mais, d'après M. Staffel, cette luxation avait été produite par un traumatisme direct ayant déchiré la partie des péroniers d'autant plus facilement que cet individu était maigre et grêle.

SEXE. — La luxation des tendons péroniers latéraux est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, ce qui tient à sa constitution plus forte et à la nature de ses travaux. Sur 25 cas, nous trouvons 22 hommes pour 3 femmes. Nous devons signaler que l'une des trois observations relatives à des femmes mentionne que la malade était d'un tempérament sec et nerveux (Ob. IV).

ÂGE. — D'après ce qui précède, on conçoit que l'affection que nous étudions soit particulière à l'âge adulte. Nous citons cependant 2 cas observés chez des enfants, l'un de 6 ans, l'autre de 9 mois (Obs. XVII et XVIII) ; mais il ne s'agissait pas là de luxations traumatiques ; chez le premier l'affection était la conséquence d'une paralysie infantile, chez l'autre elle était congénitale et due à un arrêt de développement. Les

22 autres cas que nous mentionnons, se rapportent à des sujets de 17 à 58 ans.

PROFESSIONS. — Toujours pour les mêmes raisons, cette affection est particulière aux professions qui nécessitent des efforts musculaires violents. Les hommes de cheval, les officiers (2 sur 25 cas) y sont plus spécialement exposés, de même que les artisans habitués à se servir d'échelles, tels que les charpentiers, menuisiers, peintres en bâtiment.

COTÉ DROIT OU GAUCHE. — D'après Maydl, la lésion serait plus fréquente à gauche qu'à droite dans un rapport de 7 à 3. Nous ne voyons aucune raison pour que l'un des deux membres inférieurs soit plus exposé que l'autre à la luxation des tendons. Sur les 25 observations que nous citons, 12 seulement mentionnent le côté : six à droite et six à gauche.

PARTICULARITÉS ANATOMIQUES PRÉDISPOSANTES. — Bien que rarement atteints de luxation, les tendons péroniers latéraux, avons-nous dit, sont cependant les plus exposés à cette affection. Ceci tient à certaines dispositions anatomiques prédisposantes.

Nous devons signaler :

A) *La longueur de ces tendons.* — On sait, en effet, depuis Hippocrate que « les tendons les plus longs sont les plus exposés aux déplacements ».

B) *Leur position superficielle.* — Ils sont tout à fait sous-cutanés.

C) *Le voisinage de l'articulation tibio-tarsienne.* — On conçoit facilement l'influence des mouvements parfois violents de cette articulation sur la production de la luxation des tendons qui la recouvrent immédiatement.

d) *Leur disposition angulaire.* — Cette raison n'est pas la moins importante. Les deux tendons péroniers latéraux, en effet, se réfléchissent sous la malléole externe en formant deux angles que M. Ch. Martins a trouvé être de 145 degrés pour le court péronier et de 160 degrés pour le long péronier latéral. Or, pendant la contraction des muscles péroniers, les angles tendent à s'effacer, les tendons cherchent en quelque sorte à se rapprocher de la ligne droite et sont ainsi exposés à franchir la gouttière malléolaire, c'est-à-dire à se luxer sur la malléole.

c) Une autre particularité non moins importante a été signalée par Jarjavay. Ce chirurgien a remarqué que chez certains sujets, le rebord postérieur de la malléole externe est à peine saillant, de telle sorte que la gouttière qui loge les péroniers est à peine prononcée. « Sur 80 malades couchés dans mon service, dit M. Jarjavay, j'en ai trouvé 4 dont le bord postérieur de la malléole péronière n'embrassait pas complètement le tendon du long péronier latéral, quand je faisais contracter ce muscle (1). » C'est là une prédisposition importante à la luxation des tendons péroniers. En effet, si une contraction violente vient à se produire, les tendons appuient, non pas contre leur poulie de réflexion puisqu'elle existe à peine, mais sur leur gaine elle-même qui peut se rompre et les laisser s'échapper.

Cette disposition anatomique a été également constatée par d'autres chirurgiens au cours des opérations

(1) Jarjavay. *Lcco cita'o*,

qu'ils ont pratiquées. MM. Albert, Kraske, Kramer, Munro-Smith, la signalent dans leurs observations.

Dans un cas que M. le professeur Albert de Vienne eut l'occasion d'observer chez un individu qui avait une luxation du long péronier à gauche, la différence entre les gouttières du côté gauche et du côté droit était frappante.

M. Kramer a également constaté cette disposition anatomique éhez un enfant de 9 mois, au cours d'une opération qu'il pratiqua pour remédier à une luxation congénitale des tendons péroniers. La gouttière malléolaire et le sillon qui la borde étaient à peine indiqués. D'après M. Kramer (1), « il s'agissait là d'une lésion congénitale qui semblait devoir être due (la mère n'ayant reçu aucun coup pendant sa grossesse) à un développement insuffisant du sillon malléolaire qui loge les tendons péroniers et de la gaine qui les retient, et qui, peut-être, avait été favorisée par des changements fréquents de position du pied dans l'utérus. »

Pour M. le professeur Kraske (2), cet aplatissement de la gouttière malléolaire serait, non pas une cause, mais une conséquence de la luxation des tendons.

« Je puis, dit-il, dans mon cas, constater cet aplatissement de la rainure, mais j'ai acquis la conviction que cette diminution de profondeur de la gouttière malléolaire, doit être considérée, comme une atrophie secondaire causée par le fréquent glissement des tendons. » Nous ne contestons pas que la conception de M. le

(1) *Centralblatt für chirurgie*, 6 juillet 1895.

(2) *Centralblatt für chirurgie*, 15 juin 1895,

professeur Kraske soit vraie dans un certain nombre de cas ; cependant ce serait un tort de la généraliser ; en effet, le faible degré de saillie du rebord postérieur de la malléole a été constaté chez des gens n'ayant jamais eu les tendons péroniers luxés ; il ne pouvait évidemment pas être considérée chez eux comme une conséquence de cette luxation. Il est vrai que M. Kraske ajoute : « Cependant, je ne veux pas contester qu'il y ait là une malformation de la gouttière malléolaire pouvant acquérir la signification d'une prédisposition anatomique. »

Chez le sujet observé par M. le médecin-major Ruotte, la malléole et la gouttière rétro-malléolaire étaient normales.

ROLE DES AFFECTIONS ANTÉRIEURES. — Pour être complet dans l'étude des causes prédisposant à la luxation des tendons péroniers latéraux, nous devons exposer l'influence des affections antérieures de la région du cou-de-pied sur la production de cette luxation.

D'après les observations que nous avons consultées, trois affections nous ont paru avoir une influence notable, à savoir : l'entorse, la fracture de la malléole externe, la paralysie infantile.

ENTORSE ET FRACTURE DE LA MALLÉOLE PÉRONIÈRE. — Sur les 25 cas que nous avons réunis, nous avons noté 4 fois l'existence d'une entorse antérieure. Cette affection prédispose, sans aucun doute, à la luxation des tendons péroniers par la déchirure plus ou moins étendue de leur gaine, mais nous pensons qu'elle peut agir également d'une autre façon. Nous parlons ici de l'entorse externe. Cette affection se produit par le basculement

du pied en dedans. Or, on sait que tout individu ayant eu une première entorse est prédisposé à en contracter d'autres dans la même jointure ; un malade ayant eu une entorse externe aura des prédispositions à se tordre le pied en dedans ; il le sait d'ailleurs, et tout en marchant, il veille à ce que cette torsion ne se produise pas ; les péroniers sont pour ainsi dire en vigilance constante, prêts à se contracter à la moindre menace de torsion du pied en dedans. Si cette torsion se produit, leur contraction s'exagère brusquement, leur gaine peut alors se rompre et les laisser se luxer sur la face externe de la malléole.

Nous expliquons de la même façon, dans certains cas, le rôle de la fracture de la malléole externe.

PARALYSIE INFANTILE. — L'influence de la paralysie infantile est évidente dans l'observation de Lannelongue, publiée dans la thèse de son élève Balard d'Herlinville. Blum indique la paralysie infantile comme cause possible de la luxation des péroniers latéraux et il invoque comme mécanisme la rétraction des tendons de ces muscles. La gaine des péroniers mal nourrie et peu résistante peut en effet être distendue d'une façon exagérée, par suite des contractures que l'on observe au début de la paralysie infantile ; mais dans le cas de M. le professeur Lannelongue, les muscles n'étaient pas rétractés puisqu'ils étaient facilement mobiles sur la malléole. D'après Balard d'Herlinville, c'est par un autre mécanisme que, dans le cas en question, la paralysie infantile a déterminé la luxation. Sous l'influence de cette paralysie, les muscles de la jambe, y compris les péroniers, ont subi un travail de dénutrition et de

régression, la voûte plantaire s'est effondrée. Sous la même influence, la gaine des péroniers s'est elle-même atrophiée, elle s'est laissée distendre et par les contractions des péroniers chez lesquels le travail de dénutrition avait cessé, et par les tractions qu'exerçait sur les tendons la voûte plantaire affaissée. Finalement les tendons se sont échappés.

B) Etiologie particulière. Causes efficientes.

CHUTES. — Le plus souvent, l'accident se produit sous l'influence d'une chute sur les pieds. Nous avons relevé cette circonstance dans 9 des 25 cas que nous avons réunis. Sur ces 9 cas, il s'agissait 6 fois d'une chute d'un lieu élevé : d'un premier étage, d'un arbre, d'une hauteur de 10 mètres ; dans les 3 autres, la hauteur était beaucoup moindre : chute de cheval, de la hauteur d'une chaise, d'une voiture. Au moment de la chute, le poids du corps a généralement porté sur un seul pied ; ou bien, si le blessé est tombé sur les deux pieds, l'un des deux a porté à faux et s'est tordu le plus souvent en dedans.

Dans l'observation inédite de M. le Médecin-major Ruotte, le malade était monté sur une échelle appuyée contre un mur, à deux ou trois mètres du sol ; l'échelle ayant glissé, il tomba d'abord debout sur les talons, puis son pied droit tourna et il tomba sur le sol.

FAUX PAS. FAUX MOUVEMENTS, ETC. — On a observé également l'accident à l'occasion d'un faux mouvement, d'une torsion du pied dans un étrier, d'un faux pas, pendant la danse, par exemple. On l'a vu survenir au cours d'une promenade tranquille, sur un terrain plat, sans violence. Nous verrons, en étudiant le mécanisme

de l'affection, que d'une manière générale l'intensité de la violence n'est en somme qu'une cause adjuvante, la vraie cause essentielle étant la contraction brusque des muscles de la jambe pour ramener dans sa position normale le pied qui va basculer.

TRAUMATISME DIRECT. — La luxation s'est également produite à l'occasion d'un traumatisme ayant porté directement sur la région externe du cou-de-pied. Nos prédécesseurs dans l'étude de la question n'en ont cependant rapporté aucun cas, mais ils ont admis la possibilité de ce mécanisme. Balard d'Herlinville le trouve « parfaitement admissible », et il pense que si aucun fait de ce genre n'a été rapporté, c'est que la région est peu exposée et que la malléole externe offre une protection naturelle très efficace aux organes qui se réfléchissent derrière elle. Le cas est en effet extrêmement rare; nous ne connaissons que l'observation de Jarjavay. Il s'agit d'un malade chez lequel le tendon du long péronier latéral s'était luxé sur la malléole externe à la suite du passage d'une roue de voiture sur la partie externe de la jambe et du cou-de-pied; le traumatisme avait en même temps produit d'autres désordres; sans cependant fracturer aucun os.

En 1895, M. le Dr Staffel, (1) de Wiesbaden a publié l'observation d'un cas produit, à son avis par traumatisme direct. Il s'agit d'un bûcheron qui fut atteint au pied gauche, par un tronc d'arbre qui se renversa sur lui. « Il est évident, que dans cet accident, dit M. Staffel, la violence d'action du tronc d'arbre a arraché les tendons de

(1) *Centrablatt für chirurgie.*

derrière la malléole par destruction de l'appareil de contention pourtant solide qui les y maintenait, de telle sorte qu'ils étaient alors placés sur la malléole. » Il est possible que le traumatisme ait agi directement, mais rien ne prouve qu'au moment de sa chute, le blessé n'a pas contracté brusquement et d'une façon reflexe, ses muscles péroniers. Quoi qu'il en soit, nous ne donnons pas ce cas comme un exemple certain de luxation des tendons péroniers par traumatisme direct. M. Staffel reconnaît d'ailleurs qu'il s'est peu attaché à rechercher le mécanisme de cette lésion, dans ce cas particulier. « Je regrette, dit-il, à la fin de cette même observation, de ne pas avoir cherché dans ce cas, d'une façon plus précise le mécanisme de la lésion... » Il y a donc de fortes présomptions pour que l'explication de M. Staffel ne soit qu'une hypothèse.

Mécanisme

ROLE DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE. — On a émis au sujet du mécanisme de la luxation des tendons péroniers latéraux des opinions contradictoires. D'après Volkmann une violente torsion du pied suffirait seule à produire la luxation de ces tendons. Mais les expériences de M. Louis Schneider que nous exposons plus loin, ont montré que cette torsion est insuffisante, et tous les auteurs qui ont écrit à ce sujet, sont d'accord pour admettre qu'il faut en plus, une contraction brusque des muscles péroniers. « Le mécanisme en est très simple, dit Jarjavay (1). Dans presque tous les cas qu'ont été

(1) *Loco citato.*

signalés on voit que le poids du corps avait porté pendant la chute, sur un seul pied ; deux fois il est noté que l'extrémité antérieure était portée en dedans. Dans ces conditions, les ligaments latéraux externes de l'articulation tibio-tarsienne sont tendus, l'astragale appuie sur la face interne de la malléole péronière, le plus souvent il se produit ou une fracture de la malléole ou une entorse caractérisée par la distension ou la rupture de quelques fibres ligamenteuses. Mais on doit remarquer qu'en même temps, qu'agit la violence, les muscles abducteurs du pied se contractent avec énergie. Le pied est aussitôt redressé si la violence n'est pas très forte, et la lésion est conjurée. Or, pendant que les muscles péroniers se contractent ainsi leurs tendons font une saillie comme une corde tendue derrière le péroné ; ils appuient sur la poulie de renvoi, c'est-à-dire sur la malléole externe creusée en gouttière à cet effet. Le plus souvent, cette gouttière est assez profonde pour que les tendons pressent contre son bord externe ; mais quand elle est peu prononcée, ils arc-boutent, non pas contre le rebord de l'apophyse, mais bien de la gaine fibreuse qui s'y insère. Dans ce dernier cas, il peut se faire une déchirure de la gaine fibreuse sous l'influence de la pression du tendon qui tend à devenir rectiligne et qui se luxe aussitôt en avant. »

C'était aussi l'opinion de Blum. « Au moment où le pied est fortement porté dans l'adduction, les muscles péroniers se contractent pour le ramener dans sa situation normale ; si la résistance est trop grande, la gaine se rompt et les tendons s'échappent ». A l'exception de Volkmann, tous les auteurs qui se sont occupés de la

question ont donné une importance capitale à la contraction musculaire, et à n'en pas douter, *c'est l'exagération de cette contraction des muscles péroniers, suivie de la rupture de la gaine des tendons, qui est la cause vraiment efficiente de leur luxation.*

Cela est prouvé : a) par des recherches cliniques; b) par des expériences cadavériques.

A) Les recherches cliniques montrent, qu'en effet, un traumatisme violent n'est pas nécessaire pour produire la luxation. Ce n'est que 9 fois sur 25 que nous avons noté la chute d'une certaine hauteur; tous les autres cas se sont produits sans grande violence, à l'occasion d'un faux mouvement, d'un faux pas, pendant la danse par exemple, et « d'une manière générale, comme dit M. le professeur Kraske, toutes les fois que le pied, menaçant de basculer en dedans, devait être ramené dans sa position régulière, par une brusque contraction des muscles de la jambe ». M. Ch. Martins a bien fait ressortir le rôle de la contraction musculaire dans la luxation des tendons, dans son rapport du 6 janvier 1874 à l'Académie de médecine, où il expose sa propre observation. Au cours d'une promenade aérostatique, M. Ch. Martins s'était luxé les tendons du jambier postérieur. C'est là une luxation absolument analogue à celle des tendons péroniers, avec cette différence cependant, que le jambier postérieur se luxe plus difficilement, en raison de sa situation plus rectiligne. « Lorsque la nacelle frappa le sol, dit M. Ch. Martins (1), j'étais

(1) Bulletin de l'Académie de médecine, 1874, séance du 6 janvier.

accroupi; le contre-coup me projeta en arrière, et par un mouvement réflexe et tout à fait instinctif, j'éten-dis le pied, comme si je voulais me raccrocher, pour ainsi dire, à ce fond de la nacelle qui me repoussait et me lançait en l'air. J'ai le souvenir très net que j'étais sur le dos quand je sentis le trait de feu qui me traversa le côté interne de l'articulation. Le jambier postérieur étant un muscle extenseur et qui tourne le pied en dedans se contracte avec une force extrême. J'aurais pu avoir tout aussi bien, une rupture du tendon d'Achille, une déchirure des muscles jumeaux ou une rupture du plantaire grêle. Explique qui pourra pourquoi c'est le tibial postérieur qui s'est contracté avec le plus d'énergie. En tout cas, cette contraction violente d'un muscle par action réflexe est tout à fait analogue à ces fractures de la rotule ou à ces ruptures du triceps qui ont lieu lorsqu'une personne ayant le pied engagé sous un tapis, par exemple, et menacée de tomber, contracte instinctivement le triceps de la jambe qui est en l'air, au point de déterminer ces accidents dont je vien de parler. »

Dans le cas de M. Ch. Martins, la contraction musculaire a pour ainsi dire agi seule, sans traumatisme. On conçoit maintenant que, même quand il est très violent, le traumatisme n'a qu'un rôle accessoire. Sans doute, c'est la chute qui fait tourner le pied, mais c'est la contraction musculaire réflexe, instinctive, que tout individu fait pour se relever tout en tombant, qui luxe les tendons.

B) *Les expériences cadavériques* de M. Louis Schneider ont également bien mis en lumière le rôle de la contraction musculaire. Ces expériences ont été faite sous

la direction de M. le professeur Kraske. M. Louis Schneider chercha d'abord à produire la luxation des tendons péroniers latéraux par la seule torsion du pied. Sous l'influence de la torsion violente, des lésions variées se produisirent du côté des malléoles, des ligaments, mais on n'observa jamais la luxation des tendons. L'opinion de Volkmann n'était donc pas fondée. Par contre, la lésion se produisait dès que le pied étant légèrement en supination et fléchi sur la plante, était ramené par une traction brusque sur les péroniers, en extension et en abduction ».

Le rôle de la contraction musculaire est donc bien prouvé. Mais dans quelle position le pied doit-il se trouver pour que cette contraction des muscles péroniers se produise? En d'autres termes, quelle est la position du pied la plus favorable à la luxation des tendons péroniers latéraux?

Pour certains, c'est la torsion en dehors; pour le plus grand nombre, c'est la torsion en dedans. Nous nous rangeons à cette dernière opinion. Le simple raisonnement conduit d'ailleurs à cette conclusion. Les péroniers étant des muscles abducteurs du pied, c'est au moment où ce pied tourne en dedans qu'ils se contractent instinctivement pour le ramener dans sa position normale.

D'après les recherches cliniques et les expériences cadavériques exposées ci-dessus, nous pouvons donc conclure que la cause efficiente réside dans la contraction énergique qui s'empare des muscles péroniers, quand, dans une chute sur l'extrémité antérieure du pied porté en dedans, on fait effort pour redresser le pied.

Cependant, Robert a publié l'observation d'un homme qui, au moment de sa chute, avait nettement le pied en dehors. « Le pied se trouvant en abduction, dit Robert, formait un angle obtus à sinus externe; dans leur contraction énergique, les muscles ont tendu à devenir rectilignes, etc. » Nous ne comprenons pas cette contraction énergique des muscles abducteurs du pied au moment où une violence quelconque tourne ce pied en abduction; car enfin, tout mouvement instinctif, au moment d'un accident, est un mouvement de défense, et la contraction des péroniers, pendant qu'accidentellement le pied tourne en dehors, ne peut qu'exagérer le danger. Logiquement, ce sont les adducteurs du pied qui dans ce cas devraient se contracter. C'est pourquoi nous croyons que le pied du malade en question était tourné en dehors au moment de sa chute, parce que pour éviter son basculement en dedans (c'est d'ailleurs le cas le plus fréquent), les péroniers s'étaient contractés au suprême degré.

RUPTURE DE LA GAINE FIBREUSE. — En même temps qu'elles montrent bien le rôle essentiel de la contraction musculaire, les recherches cliniques et les expériences cadavériques prouvent également que *la rupture de la gaine fibreuse qui retient les tendons dans la gouttière malléolaire est une condition sine qua non de la luxation de ces tendons.*

Toutes les observations mentionnent ce fait qu'à la palpation de la région du cou-de-pied on a la sensation que le ou les tendons qui roulent sous le doigt à la façon d'une corde, ne sont plus contenus dans leur gaine. La déchirure de ce faisceau fibreux a été égale-

ment constatée par tous les chirurgiens qui ont traité la luxation des tendons péroniers par la méthode sanglante; enfin, dans tous les cas de luxation obtenus expérimentalement par M. Schneider, cette déchirure était manifeste et constituait d'ailleurs la seule lésion constatable. On a cité plusieurs cas de luxation habituelle des tendons péroniers latéraux dans lesquels la gaine était intacte. Comme nous l'avons vu plus haut, il ne s'agit pas là de luxations traumatiques nettement établies et constituant une infirmité, mais de ce que Monteggia a appelé, à propos de son propre cas, la subluxation de ces tendons,

En résumé, de tout ce qui précède, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Quelle que soit la violence du traumatisme, il est, par lui-même insuffisant à produire la luxation des tendons péroniers, la cause essentielle étant la contraction brusque de ces muscles.

2° La position du pied la plus favorable à la luxation des tendons péroniers latéraux est l'adduction, la torsion en dedans, le poids du corps portant sur l'extrémité antérieure du pied. Mais, nous le répétons, ce n'est pas cette torsion qui produit la luxation, elle y préside en ce sens qu'elle tire sur les péroniers, éloigne leurs points d'insertion, et provoque une contraction réflexe de ces muscles ayant pour but de ramener le pied dans sa position normale. C'est cette contraction qui est la vraie cause de la luxation.

3° La luxation des tendons péroniers latéraux ne peut pas se produire sans la rupture de la gaine qui retient ces tendons dans leur gouttière.

CHAPITRE V

Anatomie Pathologique

L'occasion de pratiquer l'autopsie de malades atteints de luxation des tendons péroniers latéraux ne s'est jamais présentée. Cependant les lésions de cette affection ont pu être constatées au cours des opérations pratiquées dans un but thérapeutique et des expériences cadavériques que nous avons exposées plus haut.

Voici, d'après M. le professeur Kraske, quelles sont ces lésions. « J'ai trouvé, dit-il, sur le vivant, en opérant une luxation habituelle des deux tendons datant de plusieurs mois, les restes de la gaine qui avait été déchirée près de son insertion à la malléole et qui ressemblait à une production fibreuse du périoste malléolaire. Dans ce cas, je n'ai constaté rien autre chose que cette déchirure de la gaine. Les tendons frottaient à nu dans un espace nouvellement formé, large et lisse, sur toute la face externe de la malléole et s'étendant jusqu'à ces restes flottants de la gaine. »

Au cours de l'opération qu'il pratiqua, le 4 février 1899, M. le médecin-major Ruotte fit les constatations suivantes : La gaine fibreuse était déchirée dans toute son

étendue, et, vu le temps écoulé entre le moment de l'accident et celui de l'intervention, on en retrouvait plus que quelques débris de cette gaine. Les tendons glissaient dans le tissu cellulaire sous-cutané complètement dépourvu de synoviale. Cette dernière semblait également avoir disparu de la place occupée normalement par les tendons, avant leur luxation.

Les tendons étaient moins lisses et moins brillants qu'à l'état normal et glissaient sur la surface externe de la malléole qui ne présentait aucune dépression à leur niveau.

CHAPITRE VI

Symptômes — Diagnostic

Symptômes. — Au moment où se produit la luxation des tendons péroniers latéraux, les malades ressentent dans la région externe du cou-de-pied une douleur extrêmement vive qu'ils comparent à celle que produirait un coup de fouet, un coup de pied, un fort pincement. Cette douleur, quoique intense, n'a dans aucun des cas que nous mentionnons provoqué la syncope. Elle est exaspérée par le moindre mouvement, et rend le plus souvent l'impuissance du membre presque absolue. Sur nos 25 observations, 3 malades seulement purent marcher aussitôt après l'accident, l'un put faire seulement quelques pas, l'autre descendit un escalier; le troisième, cité par Jarjavay, continua son travail pendant une demi-journée, garda le repos le lendemain et se rendit à l'hôpital à pied, le surlendemain seulement.

La douleur s'affaiblit en quelques heures et cesse rapidement avec la réduction, des tendons. Elle est fixe

on la trouve en un point précis, derrière la malléole externe, au niveau de la gouttière des péroniers.

A l'inspection, la région externe du cou-de-pied empâtée et rouge paraît déformée par le gonflement qui s'étend en haut à la partie inférieure et externe de la jambe, et en bas dans la région du tarse. Ce gonflement peut manquer.



FIGURE I.

L'ecchymose est assez fréquente, et parfois considérable. Chez un malade de Demarquay, elle s'étendait depuis le tiers inférieur de la jambe jusque sur le dos du pied. L'épanchement de sang comblait l'espace compris entre le péroné et le tendon d'Achille. Dans le cas observé par M. le médecin-major Ruotte, l'ecchymose avait été très intense. Elle occupait toute la face externe de la jambe et avait même gagné la face interne, à la partie inférieure.

D'autres fois, cette ecchymose est peu prononcée et ne se manifeste que par une teinte légèrement violacée. Dans un cas de Jarjavay, elle manquait complètement.

On ne constate jamais de déviation dans l'axe du pied, primitivement du moins.

A cause du gonflement, il est rare que l'on puisse constater à la simple inspection, la saillie que font sous la peau les péroniers luxés.

A la palpation, la région est chaude et empâtée, les tissus sous-cutanés œdématiés. Dans un cas de Jarjavay, on percevait au niveau de la malléole une vraie fluctuation comme s'il eut existé une bourse séreuse remplie de sérosité.

L'extrémité inférieure du péroné est difficile à saisir à cause de la tuméfaction, mais en déprimant les tissus qui la recouvrent on sent très nettement rouler sous les doigts un cordon dur, généralement mobile, donnant la sensation d'une corde tendue sous la malléole et qui n'est autre chose que la saillie du ou des tendons luxés. C'est là le signe pathognomonique de la luxation des tendons péroniers latéraux, et il est si net, si frappant, que les malades le perçoivent généralement eux-mêmes et le signalent au médecin.

Une malade de Beach prenait ce cordon pour un os déplacé.

Quand les deux tendons sont luxés, on arrive en déprimant les parties tuméfiées à reconnaître le tendon du long péronier qui s'enfonce sous la plante du pied, et celui du court péronier qui se dirige vers le 5^e métatarsien. Dans la plupart des cas ce cordon formé par les péroniers luxés est mobile, et il suffit d'une légère

pression en arrière pour faire rentrer les péroniers dans leur gouttière. Cette réduction se fait souvent avec un bruit sec, perceptible, une sorte de claquement.

La luxation se reproduit facilement à l'occasion d'un mouvement du pied, particulièrement quand, tout en retenant en dedans la pointe du pied blessé on ordonne au malade de la porter en dehors.

Les péroniers ainsi luxés sur la malléole ne sont pas toujours mobiles. Dans le cas de Robert, il y avait impossibilité de les déplacer. Dans le cas de M. Staffel (1), les tendons étaient également fixés sur la malléole et il était impossible de les pousser en arrière. « Ils y étaient maintenus très solidement, si bien que ni leur motilité, ni la fonction des muscles n'en était entravée. » Chez un des malades observés par Demarquay, les péroniers ne faisaient pas saillie sur la malléole mais derrière la malléole. En les palpant, on sentait parfaitement qu'ils n'étaient plus contenus dans leur gaine, mais qu'ils étaient absolument dans les mêmes rapports qu'ils occupent quand, après avoir été luxés on les ramène dans leur position normale. « Il est très probable, dit Demarquay (2), que cette jeune fille est tombée sur le pied, que dans sa chute elle s'est déchiré la gaine tendineuse des péroniers latéraux et que des mouvements imprimés au pied auront ramené les tendons dans leur position normale. » D'après le même auteur, il y aurait lieu d'établir deux degrés dans la lésion, dans le premier il y aurait simplement déchirure de la

(1) Staffel. *Loco citato*.

(2) Demarquay. *Loco citato*.

gaine sans déplacement notable du tendon, dans le second il y aurait déchirure de la gaine et luxation des tendons.

La palpation permet également de bien localiser la douleur perçue par le malade. La pression n'est douloureuse que sur le bord postérieur de la malléole externe et elle est insensible sur tous les autres points du cou-de-pied.

Les mouvements passifs sont généralement douloureux, mais la douleur est toujours localisée au même point, derrière la malléole et non dans l'articulation.

On ne trouve pas de mouvements de latéralité dans la mortaise tibio-péronière.

Les phénomènes généraux sont insignifiants.

Diagnostic. — Pour que le diagnostic soit complet, il faut : *a*) reconnaître la lésion; *b*) en déterminer la variété.

A) Le plus souvent, la luxation des tendons péroniers est reconnue sans peine. Dès que l'on a nettement perçu le cordon dur et saillant que forment sur la malléole les tendons déplacés le diagnostic est établi d'une façon certaine, car c'est là le signe pathognomonique de la lésion. Cependant, le gonflement parfois considérable et la douleur intense qui suivent l'accident peuvent rendre impossible l'exploration de la région, et à première vue, la lésion qui nous occupe peut être confondue avec trois autres affections : l'entorse, la fracture de la malléole externe, la synovite tendineuse.

Entorse. — La confusion de la luxation des tendons péroniens avec l'entorse est la plus fréquente. Le malade raconte, en effet, que son pied a tourné, et qu'il a ressenti une violente douleur; il se croit lui-même atteint d'une entorse. En raison de la difficulté de l'examen, le médecin fait un diagnostic rapide, et dans les premiers jours qui suivent l'accident le malade est traité pour une entorse. Mais cette confusion ne saurait durer, la saillie des péroniers sur la malléole est bientôt perçue, puis on s'aperçoit que les mouvements provoqués sont relativement peu douloureux. Enfin, la douleur à la pression est bien localisée par le malade, non pas au niveau de l'interligne et des ligaments, mais en un point précis, derrière la malléole, au niveau de la gaine déchirée.

Les deux affections peuvent d'ailleurs coïncider.

La *fracture malléolaire* se produit, elle aussi, dans l'adduction du pied. On la reconnaît : au siège de la douleur sur la continuité de l'os et non derrière son bord postérieur; aux mouvements de latéralité dans l'articulation tibio-tarsienne, qui font défaut dans la luxation des tendons; aux mouvement de bascule que l'on peut faire exécuter au fragment osseux, en plaçant un doigt au niveau de la fracture, et en pressant avec un autre doigt sur le sommet de la malléole.

La *synovite tendineuse* ne pourrait être confondue qu'avec ce que Demarquay a appelé la luxation incomplète des tendons péroniers, dans laquelle, les tendons, tout en occupant la gouttière malléolaire, sont cependant sortis de leur gaine déchirée; il font alors une saillie allongée, qui pourrait faire croire à une synovite.

Mais dans la synovite, la saillie des tendons est empâtée, mollassse, souvent même fluctuante, et n'a rien de commun avec le cordon dur que nous avons signalé dans la luxation. Les tendons luxés ne donnent pas la crépitation légère de la synovite crépitante. Enfin le plus souvent la synovite des péroniers est de nature tuberculeuse et l'état général est souvent atteint.

B) DÉTERMINATION DE LA VARIÉTÉ. — Il est facile d'établir si le déplacement des tendons se rapporte aux deux tendons ou à un seul. Dans le premier cas, on sent nettement deux cordons rouler sous le doigt, comme dans le cas de Lannelongue, ou bien, comme dans le cas de Robert, on ne sent qu'une seule saillie qui se bifurque en bas, et dont l'une des portions se perd sous le bord interne du pied, l'autre se dirigeant sur la saillie du 5^e métatarsien. Quand un seul tendon est luxé, il s'agit toujours du long péronier latéral. La saillie unique se continue en haut avec la portion charnue du muscle et se perd en bas dans la région du tarse.

Dans le cas où la saillie des tendons n'est pas assez prononcée pour que la variété de luxation puisse être nettement déterminée, on peut, à l'exemple de M. Staffel, faire contracter les muscles au moyen des courants d'induction.

CHAPITRE VII

Marche. — Terminaison. — Pronostic

Marche. — Terminaison. — Après un temps variable, la plupart des symptômes accessoires, douleur, tuméfaction, etc., s'amendent peu à peu. L'inflammation diminue rapidement. le gonflement et l'ecchymose disparaissent généralement en quelques semaines. Cependant, on a vu le gonflement persister pendant des mois; chez le malade de M. Staffel, la circonférence articulaire du pied malade était encore, neuf mois après l'accident, de 2 cent. $1/2$ plus grande que celle du côté sain. La douleur spontanée disparaît le plus souvent en quelques heures, au plus en quelques jours, et les mouvements du pied deviennent plus libres.

Si la luxation n'est pas réduite, ou si elle ne l'est qu'imparfaitement, la gaine des péroniers reste déchirée, c'est-à-dire que la lésion essentielle persiste. Certains mouvements du pied font bien rentrer les tendons dans leur gaine, mais ils ne s'y fixent pas, et se luxent à nouveau très facilement à la moindre occasion. Il se constitue ce qu'on a appelé la « luxation habituelle ». Dans ce cas, au cours d'une marche ou d'une simple promenade, le malade éprouve fréquemment une vive douleur au

niveau de la malléole externe en même temps qu'il sent quelque chose se déplacer à cet endroit ; la marche est alors subitement entravée ; quelquefois même, comme dans le cas de Beach, le malade tombe sans pouvoir se retenir. Alors, par un mouvement approprié et qu'il connaît d'ailleurs par habitude, le blessé fait rentrer dans leur place les tendons déplacés, la douleur cesse aussitôt et il peut reprendre sa promenade. Monteggia, Guttiéry, D. Mollière, Beach, Hodge, Périmoff ont publié des cas de ce genre.

Cette « luxation habituelle » est consécutive à un traumatisme et de saurait être confondue avec la subluxation dont nous avons parlé plus haut et qui se produit d'emblée, sans traumatisme.

Quand les tendons sont maintenus réduits par des bandages appropriés, on peut espérer que cette réduction sera définitive, mais c'est l'exception. Nous verrons d'ailleurs, en étudiant le traitement, que cette réduction est souvent fort difficile, quelquefois même impossible à maintenir.

Dans les cas les plus favorables, il se fait peu à peu une adhésion entre les bords de la gaine déchirée et la guérison s'établit peu à peu.

D'après Gosselin, il est probable que sous l'influence de l'inflammation consécutive à l'accident, il se fait un dépôt plastique dans l'intérieur de la gaine, donnant bientôt naissance à des brides celluleuses plus ou moins lâches, réunissant le tendon à son enveloppe.

M. Ch. Martins ne partage pas cette opinion. « D'après mes sensations, dit-il, il ne s'établit pas d'adhérences entre le tendon et sa gaine. »

Quoi qu'il en soit, cette guérison est rare et presque jamais complète, les récidives sont fréquentes et la luxation habituelle s'établit facilement.

Comme suite éloignée de la luxation des tendons péroniers latéraux, Balard d'Herlinville signale, d'après l'observation de M. le professeur Lannelongue, l'apparition d'un pied plat valgus, par impotence fonctionnelle consécutive du long péronier latéral. Le rôle de ce muscle, en effet, est de maintenir la courbure du pied ; s'il se relâche, la voûte plantaire s'affaisse et le pied plat est constitué.

Une complication qui ne paraît pas avoir été signalée par les auteurs, est celle qui existait dans le cas de M. le médecin-major Ruotte. C'est la déviation du pied en dedans, sous l'influence des muscles adducteurs, déviation en dedans accompagnée d'une élévation du bord interne du pied. Quand le malade avait marché pendant une ou deux heures, cette déviation était telle qu'il était obligé de porter sa jambe en dehors pour éviter que l'extrémité de son soulier ne vînt contusionner la cheville du côté sain. Cette complication rendait le malade absolument impotent et fut pour beaucoup dans sa détermination à se faire opérer.

Pronostic. — Au point de vue de la fonction du membre, nous n'hésitons pas à déclarer que le plus souvent le pronostic de la luxation des tendons péroniers latéraux est grave. Tous les auteurs qui ont écrit sur la question n'ont pas été de cet avis. Velpeau disait dans son *Anatomie chirurgicale* t. II, p. 624 : « Ce serait un accident assez grave », et à ce propos, Jarja-

vay, plus optimiste, écrivait en 1867 : « Je ne puis partager l'opinion de ce savant et vénéré maître. Mon premier malade a été guéri en 30 jours, le deuxième en 25, mon troisième malade n'a plus souffert au 36^e jour. » Pour Blum (1), « le pronostic est bénin ». Pour Tillaux (2), « les malades ne sont que modérément gênés par cet accident qu'il est bon, néanmoins, de combattre. »

L'examen consciencieux des observations que nous avons réunies à la fin de ce travail, ne nous permet pas de partager l'optimisme de ces auteurs. Jusqu'en 1875, en effet, époque à laquelle D. Mollière pratiqua le premier une intervention sanglante, les cas de guérison absolument certaine sont rares, et il est impossible d'en noter une seule assez ancienne pour qu'on puisse la considérer comme définitive. « Lorsqu'on étudie avec soin les faits publiés jusqu'à ce jour (1879), dit D. Mollière (3), on voit qu'au point de vue du pronostic, les auteurs ont fait preuve d'un optimisme que rien n'a justifié. Dans nombre de cas, les malheureux chez lesquels on a observé la luxation ont été définitivement infirmes. »

Le plus souvent, en effet, la luxation des tendons péroniers devient habituelle, malgré le traitement, et si cette lésion chronique n'a eu que de faibles inconvénients pour certains, elle a constitué pour d'autres une réelle infirmité.

(1) Blum. *Chirurgie du pied*, p.

(2) Tillaux. *Chirurgie clinique*, t. II, p.

(3) *Lyon médical*, 2 novembre 1879.

Enfin, cette lésion expose à des déformations du pied soit en valgus, soit en varus, comme le montrent les observations de M. le professeur Lannelongue et de M. le médecin-major Ruotte.

La luxation des tendons péroniers latéraux est donc d'un pronostic relativement grave; elle compromet généralement, d'une façon sérieuse, les fonctions du membre et nécessite le plus souvent, pour sa guérison radicale, une intervention chirurgicale.

CHAPITRE VIII

Traitement

Deux cas peuvent se présenter :

1° La luxation des tendons péroniers latéraux vient de se produire ;

2° La luxation est devenue habituelle.

Quelle est la conduite à tenir dans l'un et l'autre cas ?

PREMIER CAS. — **La luxation vient de se produire.**

En présence d'une luxation récente, deux indications se posent : *a)* réduire la luxation ; *b)* la maintenir réduite.

A) Réduire la luxation. — Cette réduction est généralement facile, il suffit de presser légèrement sur les tendons en les poussant en arrière pour qu'ils rentrent dans leur gouttière avec un ressaut perceptible. Dans certains cas, cependant, cette réduction a été impossible, les tendons luxés étant absolument fixés sur la malléole. Robert, ne jugeant la lésion que d'après le cas unique qu'il avait observé, pensait que les bords de la gaine déchirée obstruaient la gouttière malléolaire et s'oppo-

saient à la réduction des tendons ; il en concluait que la réduction ne devait même pas être tentée. Huguier, ayant eu connaissance du cas de Robert, proposait d'appliquer une tige métallique, un poinçon au devant des tendons déplacés et de s'en servir comme d'un levier pour les ramener dans leur gaine. Ce moyen pourrait être employé à l'occasion. Mais, la plupart des observations montrent que, contrairement à l'opinion de Robert, la réduction des tendons s'opère très facilement. Demarquay conseillait de mettre le pied en flexion pour faciliter la réduction. D'après Jarjavay, cette manœuvre tendrait plutôt à créer des difficultés, puisque dans cette position, les tendons luxés s'éloignent davantage du sommet de la malléole qu'ils doivent contourner.

Au demeurant, la réduction est toujours très facile.

B.) *La maintenir réduite.* — Cette deuxième indication est remplie à l'aide de compresses graduées et de tampons d'ouate fixés derrière la malléole au moyen d'une bande. Quand le gonflement et l'inflammation ont disparu, on applique un appareil silicaté que le malade garde 5 à 6 semaines et qui est d'ailleurs appliqué à nouveau, si les tendons ne sont pas fixés lors du premier examen. D'après Gosselin, on ne doit appliquer l'appareil silicaté qu'après 7 à 8 jours, car la luxation se produirait, même sous l'appareil. « Avant d'essayer d'obtenir le maintien définitif du tendon dans sa position normale, dit Gosselin (1), je crois qu'il est

(1) Bull. de l'Ac. de Méd., séance du 6 janvier 1874,

bon d'attendre que des adhérences se soient établies entre le tendon et sa gaine, car c'est dans ces conditions seulement que la réduction peut se maintenir. » M. Ch. Martins ne croit pas à ces adhérences entre le tendon et sa gaine déchirée, d'après lui, la sécrétion synoviale continue dans la portion restante et il pense que l'on peut appliquer immédiatement un appareil silicaté en accumulant la ouate le long du trajet du tendon réduit. Le malade doit garder le repos pendant six semaines au moins.

L'opinion de Gosselin nous semble plus fondée, elle est basée d'ailleurs sur l'observation d'un cas dans lequel le tendon du long péronier latéral ne put être maintenu réduit qu'au bout de huit jours, et qui se serait à coup sûr luxé sous l'appareil, s'il eut été placé plus tôt.

APPAREIL DE SAYRE. — L'appareil de Sayre a été imaginé dans le but d'immobiliser le pied dans la position la plus favorable au maintien de la réduction des tendons, c'est-à-dire dans l'abduction avec légère flexion. Pour construire cet appareil on applique à la partie supérieure de la jambe un bandage roulé, et on fait passer sous le pied blessé un étrier de diachylon muni d'œillets à chacune de ses extrémités, on réunit ensuite les deux pièces ci-dessus par des lacs qui coulissent dans les œillets. En resserrant ces lacs, d'une façon convenable, on peut immobiliser le pied dans la flexion et l'abduction. Cet appareil très ingénieux peut rendre service, mais un appareil plâtré bien appliqué nous semble offrir plus de sécurité tout en étant d'un emploi plus facile.

Quand l'appareil est enlevé, il est bon de compléter le traitement par quelques séances de massage et de mobilisation du pied, pour rendre à l'articulation, la souplesse de ses mouvements.

Telle la conduite à tenir en présence d'un cas récent.

Mais quel est le résultat de ce traitement? Nous avons vu en étudiant le pronostic de l'affection, qu'elle devient souvent « habituelle » malgré l'application d'un appareil inamovible. Sans doute, bon nombre de guérisons sont signalées mais aucun des malades n'a été suivi assez longtemps pour que les heureux résultats notés après un mois ou six semaines d'hôpital puissent être considérés comme définitifs, surtout quand il s'agit d'une affection dans laquelle la recidive s'observe si fréquemment.

Il est d'ailleurs fait mention dans certaines observations que les malades en question éprouvaient encore à leur sortie, une certaine gêne et de la claudication.

Quoi qu'il en soit, la guérison est possible, et en présence d'un cas récent, le médecin doit commencer par prescrire le traitement que nous venons d'exposer.

DEUXIÈME CAS. — **La Luxation est devenue « habituelle ».**

Quand les tendons n'ont pu être maintenus réduits et que la « luxation habituelle » s'est établie, il reste deux ressources : ou bien, un traitement palliatif, ou bien une intervention chirurgicale.

a) TRAITEMENT PALLIATIF. — On peut maintenir la réduction et pallier aux inconvénients de la luxation à l'aide de bandages ou de chaussures spéciales. C'était d'ail-

leurs la seule ressource des chirurgiens avant Daniel Mollière.

Dans un cas de luxation ancienne, Beach parvint à maintenir les tendons en place à l'aide d'une bande de deux pouces de long sur un demi-pouce de large, maintenu étroitement appliquée derrière la malléole externe au moyen d'une guêtre de cuir. L'observation mentionne qu'au bout d'un an, on constatait encore de la tendance à la luxation et que la malade ne pouvait se passer de son bandage.

Dans un cas de Hodges, les bandages élastiques maintenaient la luxation, quand le malade marchait sur un terrain plat, mais étaient insuffisants sur un sol accidenté. Hodges ordonna une bottine ne permettant pas la flexion du pied.

Broca recourut également à une guêtre de peau de chien exactement lacée sur la jambe dans un cas de subluxation qui causait au malade une gêne constante.

Pour certains chirurgiens, ces appareils ne sont d'aucune utilité : M. le professeur Kraske considère ce traitement comme « absolument illusoire ». D'après Allen-Walsham aucun appareil n'est suffisant pour résister à la force de propulsion du tendon sur la malléole lors de la contraction du muscle. « Ou bien la pression ne suffit pas à maintenir le tendon dans sa gouttière et il en sort parfois malgré le tampon, ou bien si la pression est suffisante pour maintenir le tendon, il ne tarde pas à se former une plaie par compression. » A. Walsham cite le cas d'une malade qui porta pendant quatre ans, sans aucun résultat, toutes sortes d'appareils. Aucun d'eux n'eut un rôle efficace, mais la pres-

sion qu'ils exerçaient sur la malléole détermina peu à peu une plaie de la région.

Il est bien évident que, même dans les cas les plus favorables, ces divers modes de contention n'ont qu'un rôle purement palliatif, ils rendent la lésion supportable, mais ne la guérissent pas.

b) TRAITEMENT CHIRURGICAL. — C'est en 1875, que Daniel Mollière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, eut le premier l'idée de pratiquer une intervention chirurgicale dans un cas de luxation ancienne du tendon du long péronier latéral, et de tenter, pour ainsi dire, la cure radicale de l'affection. Depuis cette époque, plusieurs opérations d'un autre genre ont été pratiquées, nous allons exposer le manuel opératoire de ces différentes interventions, et nous terminerons en décrivant le procédé que M. le médecin-major Ruotte employa dans le cas qu'il eut à soigner.

Opération de Daniel Mollière, 1875

Ils s'agissait d'une luxation du tendon du long péronier latéral datant de huit mois, et n'ayant pu être maintenue réduite, malgré un traitement rationnel par les méthodes exposées ci-dessus.

D. Mollière pratiqua la même opération que Bonnet dans le pied-bot valgus, c'est-à-dire la ténotomie du long péronier latéral. Il fit la section sous-cutanée du tendon luxé au niveau de son point de réflexion sur le cuboïde, puis, par une deuxième ponction, il introduisit dans la gouttière des péroniers un ténotome pointu qu'il retourna plusieurs fois, de façon à pro-

duire une irritation adhésive de la gaine déchirée. Le tendon fut ensuite réduit et on appliqua un appareil inamovible.

Au bout de trois mois, dit l'observation, le malade quittait l'hôpital parfaitement guéri. Cinq ans après, D. Mollière eut l'occasion de revoir son opéré. Il ne lui restait plus la moindre trace de son opération, et la guérison, aussi complète que possible, pouvait être considérée « comme absolument acquise ».

Malgré ce résultat, M. le professeur Kraske envisage cette opération comme « singulière et nullement recommandable. » Il est probable que si le chirurgien lyonnais eut opéré de nos jours, son procédé eût été tout autre. Mais M. le professeur Kraske, semble oublier qu'à l'époque où cette première intervention a été pratiquée (1875), les opérations à ciel ouvert, surtout au voisinage des articulations, n'étaient pas aussi inoffensives qu'elles le sont devenues avec la généralisation et les perfectionnements des procédés antiseptiques.

Procédé d'Albert, 1879.

Dans le cas qu'il eut à traiter, le professeur Albert, de Vienne, ayant remarqué que la gouttière des péroniers était à peine marquée, se proposa de la creuser davantage. Il mit à nu les tendons, décolla le périoste, et au moyen d'un ciseau, il creusa dans l'os dénudé un sillon pour loger les tendons. Le périoste fut cousu par dessus, par des fils de catgut.

Cette opération, bien que suivie de suppuration avec élévation de température, donna un excellent résultat.

Procédé de Lannelongue, 1890 (Autoplastie périostique)

L'opération que M. le professeur Lannelongue pratiqua chez un enfant de six ans avait pour but « de créer une butte osseuse, d'augmenter la saillie malléolaire normale de façon à maintenir les tendons réduits derrière cette saillie ».

Après avoir mis la malléole à nu, ce chirurgien taille dans cette malléole, à l'aide d'une rugine, un lambeau de périoste et de perichondre, de quatre centimètres de haut sur deux de large et dont la base correspond au bord de la gouttière malléolaire.

Ce lambeau est ensuite rabattu en arrière à la façon d'un pli, la face osseuse tournée en dehors. « Ce pli comprend l'espace dans lequel se trouvaient les péroniers luxés... Cet espace est donc comblé. » Le lambeau périostique ainsi rabattu en arrière est suturé à la gaine fibreuse qu'on retrouve dans la gouttière, par six point de catgut. — Suture cutanée. — Pansement. — Appareil plâtré.

A la suite de l'opération que nous venons d'exposer, il se fait une nouvelle production d'os à la surface de la malléole qui devient alors assez prononcée pour retenir les tendons assujettis derrière elle.

Comme on le voit, cette opération est basée sur les travaux de notre Maître lyonnais, M. le Professeur Ollier, travaux qui ont montré le rôle ostéogénique du du périoste.

Dans le cas de M. le professeur Lannelongue, le résultat a été parfait.

Procédé de Kousmine, 1895

M. le professeur Kousmine, de Kazan, fait une incision demi-lunaire, jusqu'à l'os, derrière la malléole, puis il taille dans la malléole un lambeau *osseux*, en forme de trapèze et dont la base répond à la gouttière malléolaire. Ce lambeau est relevé perpendiculairement à la malléole, en avant des tendons. Pour le maintenir relevé, on le fixe par deux clous de nickel.

Bandage plâtré.

Dix-sept jours après cette opération. M. le professeur Kousmine enleva les clous et constata qu'une saillie osseuse considérable s'était déjà formée.

Le résultat fut excellent, et un an après l'opération, les tendons fonctionnaient parfaitement.

En principe, cette opération est analogue à celle de M. Lannelongue, puisqu'elle a pour but d'augmenter la saillie malléolaire. Mais elle est plus compliquée.

Procédé König-Kraske, 1895

M. le professeur Kraske propose la réfection d'une gaine au moyen d'un lambeau pris sur la malléole, mais il conseille de prendre un lambeau ostéo-périostique.

« Lorsqu'on n'a rien obtenu avec les bandages de contention, dit M. Kraske, il me semble très naturel et rationnel de procéder à la réfection d'une nouvelle gaine. Toutefois, je ne pense pas qu'avec le périoste seul de la malléole on obtienne un élément de contention suffisant, le périoste se laisse ici arracher très difficile-

ment, et quand on a besoin pour la formation d'une gaine exacte d'un morceau assez long, c'est à peine si on peut espérer un lambeau capable de vivre. Mais si l'on emploie le procédé de König et si, avec le périoste on enlève une mince couche d'os, on obtient un revêtement osseux capable de vivre et même de poliférer, et qui peut reconstituer une gaine solide. »

Voici le procédé employé par M. le professeur Kraske, à l'exemple de König :

La malléole et les tendons sont mis à nu par deux incisions : la première circonscrivant l'extrémité inférieure du péroné, l'autre s'étendant du bord postérieur de la cheville au milieu de la face externe du calcanéum.

On taille ensuite aux dépens de la malléole un lambeau ostéo-périostique long de trois centimètres et large de 75 millimètres, et dont la base vient aboutir à un cent. et demi de la pointe malléolaire.

Ce lambeau est rabattu en arrière à la façon d'un renversé par dessus les tendons. La face cruentée est tournée en dehors, du côté de la peau. L'extrémité libre du lambeau est alors suturée au tissu qui recouvre le calcanéum.

M. Kraske employa ce procédé dans un cas datant de quatre ans. Le résultat fut excellent. Trois mois après l'opération, les tendons étaient absolument maintenus et fonctionnaient parfaitement.

Procédés analogues au précédent

En 1895, M. Kramer, de Glogau, — ne connaissant pas le procédé que nous venons d'exposer — pratiqua une

opération absolument analogue dans un cas de luxation congénitale chez un enfant de neuf mois. Il prit également un lambeau ostéo-périostique, mais le sutura en arrière au bord postérieur de la malléole et non au calcanéum. L'observation signale également un résultat parfait et durable.

La même année Allen-Walsham employa un procédé identique, mais il prit un lambeau *périostique* seulement, et le sutura comme M. Kramer au tissu fibreux occupant le bord postérieur de la gouttière.

Munro-Smith pratiqua en 1887, la même opération qu'Allen-Walsham.

Procédé de M. le Médecin-Major, Ruotte, 1899

En opérant le malade dont nous donnons plus loin l'observation, M. le médecin-major Ruotte s'est inspiré du procédé Kônig, mais il y a apporté des modifications qui nous paraissent présenter quelques avantages. Voici les différents temps de l'opération :

1^{er} temps. — *Mise à nu des tendons et de la malléole.* — On incise la peau suivant la ligne A. C. B. de la figure II. Cette incision angulaire, à sinus antérieur, commence en haut à quatre travers de doigt au-dessus de la pointe malléolaire et à un bon centimètre en arrière du bord de l'os ; elle descend verticalement jusqu'à un centimètre et demi au-dessous de la pointe malléolaire qu'elle contourne, puis vient se terminer suivant une direction horizontale à deux travers de doigt en avant de cette même pointe. Le lambeau

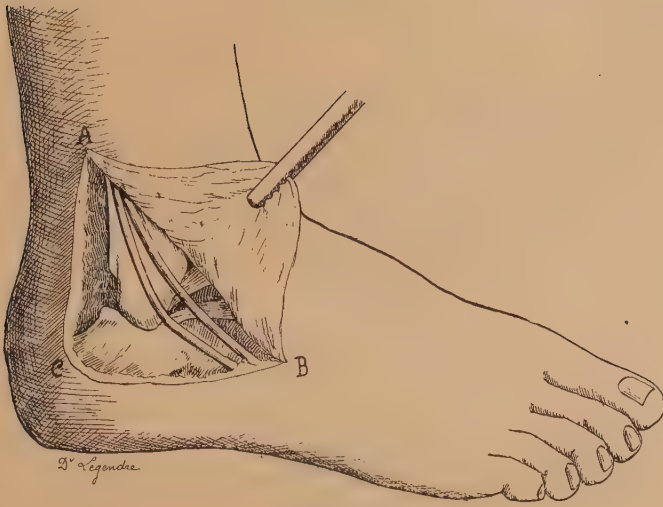


FIG. 2

cutané triangulaire ainsi obtenu est disséqué et rabattu en avant.

2^e temps, — *Taille du lambeau malléolaire.* — Avec le ciseau et le maillet, ou mieux, à l'aide d'un bon

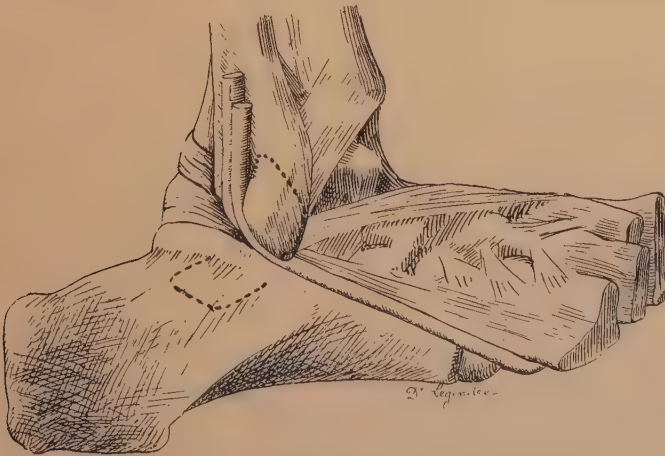


FIG. 3

détache-tendons, on taille dans la malléole un lambeau *ostéo-périostique*, losangique, comprenant presque toute la face externe de la malléole, comme le montre la figure III. Ce lambeau reste adhérent à l'os par son côté postéro-inférieur.

3^e temps. — *Taille du lambeau calcanéen.* — On taille sur la face externe du calcanéum un lambeau

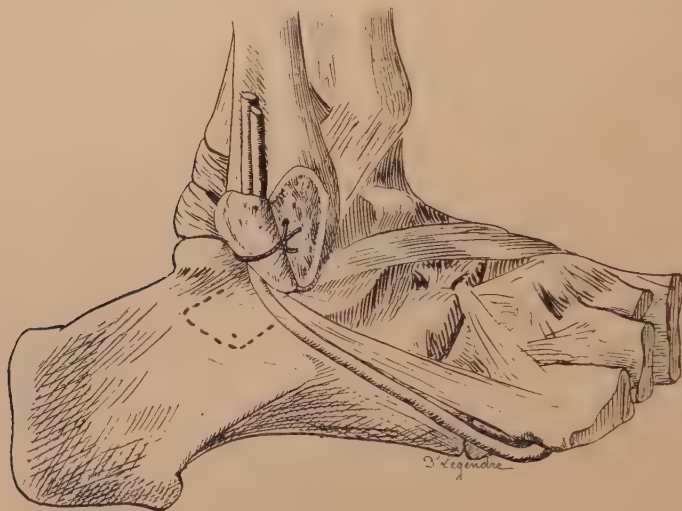


FIG. 4

ostéo-périostique rectangulaire qu'on laisse adhérent par le côté correspondant aux tendons (fig. III). Lorsque ce lambeau sera relevé et que le lambeau malléolaire sera rabattu, leurs deux bords libres seront en contact.

4^e temps. — *Rabattement et fixation du lambeau malléolaire.* — Le lambeau malléolaire est alors rabattu en bas et en arrière par dessus les tendons, la face os-

seuse cruentée tournée du côté de la peau. Pour immobiliser ce lambeau et pour qu'il offre un point d'appui solide au lambeau calcanéen on le fixe de la façon suivante :

Avec le perforateur de Championnière on creuse dans la malléole un trajet qui contourne la gouttière des péroniers. Ce trajet commence en avant sur la sur-



FIG. 5

face cruentée résultant de la taille du lambeau, puis ressort derrière les tendons remis en place; on y fait passer un gros catgut qui est noué en dehors par dessus les tendons et le lambeau rabattu.

5^e temps. — *Relèvement du lambeau calcanéen.* — Le lambeau taillé dans le calcanéum est alors relevé en avant et en haut, à la façon d'un pli; et les deux lambeaux qui sont encore en contact par leurs bords libres sont suturés à la soie n° 1. (Fig. V)

On a ainsi obtenu au-dessus des tendons une voûte résistante et solidement fixée.

Suture cutanée. — Pansement. — Appareil plâtré.

Nous connaissons dix cas de luxation des tendons péroniers traités chirurgicalement par les différents procédés que nous venons d'exposer; les dix observations signalent un résultat parfait et durable.

Le procédé qui, en principe, nous paraît le plus simple en même temps que très efficace, est celui de König employé par Kraske. La ténotomie de D. Mollière n'a, en effet, plus de raison d'être, de nos jours, avec les progrès de la chirurgie à ciel ouvert; le procédé d'Albert, qui creuse dans la malléole un sillon pour les tendons, est d'une exécution délicate et ne donne aux tendons qu'une gaine périostique, peu résistante, dans les premiers jours du moins. Les opérations de Lannelongue et de Kousmine, qui créent une butte, osseuse prononcée peuvent avoir pour conséquence ultérieure une plaie de la région malléolaire par compression de la peau entre l'os et la chaussure. Par contre, le procédé König est d'une exécution simple et fournit aux tendons une voûte solide sous laquelle ils fonctionnent parfaitement, enfin, il ne donne lieu à aucune déformation.

Les modifications que M. le médecin-major Ruotte a apportées à ce procédé ont été, en somme, — comme on peut le voir sur l'observation, — inspirées par les circonstances; mais les avantages qu'elles procurent nous les font considérer comme devant être conservées.

König ne taillait qu'un seul lambeau au dépens de la malléole et le suturait au périoste du calcanéum ; cette suture est d'une exécution difficile et nous paraît d'une solidité assez douteuse, au moins dans les premiers jours, à cause de la faible résistance du périoste calcanéen. La taille d'un deuxième lambeau ostéo-périostique pris sur la face externe du calcanéum est au contraire très facile et sa suture au lambeau malléolaire peut être pratiquée très solidement.

Le fil de catgut qui traverse la malléole est encore un élément de résistance ; eu effet, il immobilise le lambeau malléolaire qui offre alors un point d'appui solide au lambeau calcanéen ; ce même fil retient très énergiquement les tendons dans leur gouttière ; et jusqu'à la résorption du catgut, ces tendons n'appuyant pas sur la suture des deux lambeaux ne viennent pas entraver sa consolidation.

On pourrait peut-être redouter que la transformation osseuse des deux lambeaux ostéo-périostiques n'arrivât à produire entre la malléole et le calcanéum un pont osseux entravant les mouvements du pied. Aucun fait de ce genre n'a été signalé par les chirurgiens qui ont employé le procédé de König et dans le cas particulier de M. le médecin-major Ruotte, on pouvait constater sept mois après l'opération que les tendons étaient appliqués dans leur gouttière par une sorte [de lanière résistante, mais souple ; les mouvements de l'articulation étaient parfaitement libres, et à la palpation, on ne percevait aucune masse osseuse nouvellement formée ; il est donc à supposer que le tissu osseux se résorbe et est remplacé par du tissu fibreux. Si alors on objecte

qu'on pourrait se contenter de décoller le périoste sans emporter avec lui une certaine épaisseur de tissu osseux, on peut, pensons-nous, répondre — et c'est d'ailleurs l'opinion de M. le professeur Kraske — que la taille du lambeau ostéo-périostique est beaucoup plus facile, elle n'offre pas plus de danger, et le lambeau ainsi obtenu est doué d'une bien plus grande vitalité, ce qui donne beaucoup plus de solidité, au moins dans les premiers jours.

CHAPITRE IX

OBSERVATION I

(Publiée par MONTTEGIA, *Institutioni chirurgiche*, t. V, p. 181.)

« J'ai observé la luxation complète des tendons des muscles péroniers latéraux, survenue chez un homme pendant qu'il dansait, Il crut avoir été frappé avec le pied par quelqu'un. Il ressentit une forte douleur qui se calma en quelques jours avec la rentrée des tendons dans leur place habituelle; mais, lorsqu'il commença à marcher, les tendons s'échappèrent de nouveau de leur gaine en glissant en avant sur la convexité de la malléole externe, d'où, en les pressant, on les réduisait de nouveau. Cette sortie des tendons continua ensuite à se produire mais elle cessa d'être douloureuse. »

OBSERVATION II

ROBERT, *Gaz. des Hôpitaux*, 1847, p. 389.)

C'est un homme de 54 ans, qui, dans une tentative de suicide, se précipite d'un lieu élevé. Outre une fracture de cuisse et des contusions diverses, il présentait sur la malléole externe, une saillie très prononcée, allongée, légèrement mobile, qui se continuait avec les tendons des péroniers latéraux. En bas, cette saillie se bifurquait et l'une de ses portions allait vers la saillie du cinquième métatarsien. Elle était évidemment due à la luxation du long et du court péronier dont la gaine avait été rompue et qui se trouvaient ainsi tendus sur la malléole externe. Il y avait impossibilité de les déplacer. M. Robert explique cette lésion en disant qu'au moment de la chute, le

pied se trouvant dans l'abduction formait un angle à sinus externe, dans leur contraction énergique les muscles ont tendu à devenir rectilignes ; il y a eu, de la part des tendons, une violente traction sur la gaine fibreuse qui a été déchirée et qui les a laissé échapper.

M. Huguier craint que l'excès de longueur, que par suite du déplacement de leurs tendons, les muscles vont acquérir, paralyse leur action, et, dans ce cas, il proposerait d'appliquer une tige métallique, un poinçon au devant des tendons déplacés et de s'en servir comme d'un levier pour les ramener dans leur gaine. Robert n'est pas partisan de ce moyen.

OBSERVATION III

(Publiée par DEMARQUAY, *Bulletin de thérapeutique*, 1861, p. 25.)

Homme de 35 ans, bien musclé et portant, assez vigoureux. Il montait un cheval difficile. Après une lutte assez vive entre le cheval et le cavalier, celui-ci fut jeté par terre ; tout le poids du corps porta sur un seul pied, il éprouva au moment de la chute une violente douleur dans la partie inférieure de la jambe et dans le pied. Le blessé ne pouvant marcher se fit conduire chez lui et voici ce que je constatai : le malade était étendu sur son lit, accusant une assez vive douleur dans le pied droit. L'examen le plus minutieux ne me fit découvrir aucune fracture, ni aucune luxation. Mais je constatai une douleur le long des péroniers, avec une ecchymose assez considérable occupant le même point ; de plus, sur la face externe de la malléole externe, on sentait une espèce de corde tendue, roulant sous le doigt et pouvant être ramenée par la flexion du pied et une douce traction, dans la place qu'occupent les tendons des muscles péroniers.

Il était bien évident qu'il s'agissait ici d'une déchirure de la gaine fibreuse des tendons péroniers et d'une luxation de ceux-ci sur la malléole externe ; la preuve, c'est que la luxation se produisait et se réduisait à volonté ; il a suffi d'une compresse longuette placée le long des parties luxées préala-

blement réduites, et maintenu par une bande roulée, pour contenir les parties déplacées. On arrosa pendant plusieurs jours l'appareil contentif avec de l'eau tenant en dissolution de l'eau-de-vie camphrée pour triompher de tous les petits accidents, douleur, ecchymose, etc., et au bout de 20 jours de repos, le malade pouvait marcher en s'appuyant sur une canne et en se ménageant beaucoup.

OBSERVATION IV

(Publiée par DEMARQUAY, in *Bulletin de thérapeutique*,
1861, p. 22.)

Une jeune fille de 22 ans, d'un tempérament sec et nerveux, assistait le 6 mai dernier à une scène de violence; frappée de tetreur et ne sachant comment faire, elle prit le parti de sauter par la fenêtre de la chambre où elle se trouvait; elle tomba ainsi d'un premier étage, sans pouvoir indiquer la partie sur laquelle elle tomba. Elle se fit porter à la maison de santé, et le 8 mai au matin, je constatai les phénomènes suivants : le genou gauche est le siège d'un épanchement peu considérable et peu douloureux à la pression; il existe sur diverses parties du corps quelques contusions mais n'offrant aucun intérêt. Le pied gauche est douloureux; la marche est impossible, un examen minutieux ne fait découvrir ni fracture, ni luxation. Il existe une ecchymose considérable à la partie postérieure du péroné, s'étendant depuis le tiers inférieur de la jambe jusque sur le dos du pied. L'épanchement de sang comble l'espace compris entre le péroné et le tendon d'Achille.

La pression sur cette partie ecchymosée est douloureuse; de plus, un examen attentif fait découvrir une saillie anormale des tendons péroniers; on ne les trouve pas, comme chez les deux autres malades que j'ai observés, sur la face externe du péroné, mais il est facile de constater que ces deux cordes tendineuses ne sont plus contenues dans leur gaine; et qu'elles sont absolument dans les mêmes rapports qu'elles occupent lorsque, après avoir été luxées, on les ramène à leur

position normale. Il est très probable que cette jeune fille est tombée sur le pied ; que dans sa chute elle s'est déchiré la gaine tendineuse des péroniers latéraux, et que des mouvements imprimés au pied auront ramené ces tendons dans leur position normale. Toujours est-il que chez notre malade, il n'y avait aucune fracture, ni désordre du côté de l'articulation du pied, dont les mouvements étaient non douloureux et bien conservés, tandis qu'il existait une ecchymose considérable le long des péroniers latéraux ; que ceux-ci faisaient une saillie anormale et que la moindre pression le long de la partie inférieure de ces muscles était douloureuse. Une compresse longuette, trempée dans un mélange résolutif et fixée par des compresses et une bande, maintint les choses en place. La malade garda le repos un mois et, le 8 juin, elle sortit guérie, marchant encore avec un peu de peine. Au moment de sa sortie, on constatait encore les traces de l'ecchymose que nous avons signalée plus haut, et un léger empâtement le long de la gaine des péroniers latéraux, indice certain de la lésion que nous avons décrite plus haut.

OBSERVATION V

(Publiée par M. JARJAVAY. — *Gazette hebdomadaire*
1867, p. 387.)

Le 19 août 1850, le nommé R... (Alfred), ébéniste, est entré à l'Hôpital des cliniques, où il a occupé le lit n° 27. L'avant-veille, ce jeune homme, voulant porter une planche au-dessus de sa tête pendant qu'il était monté sur une chaise, avait perdu l'équilibre, et était tombé sur l'extrémité antérieure du pied gauche tourné en dedans ; la chute du corps n'avait pas été complète. Au moment de l'accident il avait ressenti une douleur vive à la partie externe et inférieure de la jambe. La chute avait eu lieu le 17, vers 7 heures du matin. R..., ayant voulu ne pas interrompre son travail, avait marché ensuite. Vers les 2 heures de l'après midi, la partie externe du cou-de-pied étant devenue volumineuse, la douleur le con-

traignit à se coucher. Forcé de garder le repos, le lendemain et le surlendemain, il alla à pied au Bureau central, où je faisais le service, et d'où je l'envoyai à l'Hôpital des cliniques.

30 août. — Tuméfaction de la partie externe du cou-de-pied gauche, s'étendant en haut à deux travers de doigt au-dessus de la base de la malléole péronière, et en bas sur la partie externe du tarse. Fluctuation au niveau de cette malléole, comme s'il existait en dehors d'elle une bourse séreuse remplie de sérosité; empâtement œdémateux au-dessus et au-dessous. C'est avec peine que l'on saisit la saillie osseuse, quand on cherche à l'ébranler afin de constater s'il y a dans cette région de la crépitation.

Les mouvements qu'on imprime au pied n'occasionnent ni crépitation, ni mobilité. Un peu de douleur dans les mouvements spontanés du pied. En comprimant, sur la face externe de la malléole, le doigt traverse un liquide, et constate une espèce de corde mobile sur cette face; la pression cause de la douleur sur le bord postérieur de cette saillie osseuse; elle est insensible, au contraire, sur tous les autres points du cou-de-pied. Pas la moindre trace de contusion ni d'ecchymose. Bandage compressif arrosé d'eau blanche; trois portions.

31 août. — La tuméfaction a considérablement diminué; pas plus d'ecchymose qu'hier. On sent dans la partie externe du tarse la corde signalée sur la malléole externe, corde qui se dirige vers l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien.

Je la comprime doucement en la portant en arrière; elle glisse et se cache avec un espèce de craquement derrière la malléole. Plus de doute; nous avons affaire à une luxation de l'un des deux péroniers latéraux. Je porte la pointe du pied en dedans et la retiens, pendant que je recommande au malade de faire effort pour la reporter au dehors. Aussitôt la luxation se reproduit. Je réduis de nouveau le tendon et renouvelle deux fois l'expérience, pour faire constater le fait à tous les élèves qui suivent la clinique, et chaque fois la luxation se reproduit. Même prescription.

1^{er} septembre. — Le tendon étant bien évidemment réduit, application d'un appareil dextriné depuis la racine des orteils jusqu'à mi-jambe.

Rien à noter jusqu'au 16. A cette date l'appareil est enlevé. Une tuméfaction légère existe au niveau du bord postérieur de la malléole péronière. Je fais contracter les muscles péroniers latéraux en retenant en dedans la pointe du pied, mais le tendon ne sort plus de sa gaine. Il y a bien adhésion des bords de la déchirure de la gaine fibreuse. En cas d'accident, je recommande de ne pas inarcher. — Compresses graduées derrière la malléole externe ; bandage roulé.

18 septembre. — Encore un peu d'engorgement.

Le 19, le malade est sorti dans la journée sans avoir attendu qu'on lui eût donné l'*exeat*.

OBSERVATION VI

(Publiée par M. JARJAVAY, *Gaz. hebdomadaire*, 21 juin 1897.)

Il s'agit ici d'un nommé Lefort (Jean), âgé de 55 ans, d'une bonne constitution, charretier, qui avait sauté d'un tombereau sur le pavé au moment où son cheval était lancé au galop. Son pied gauche avait porté sur le sol ; mais il explique très bien que la vitesse de sa voiture lui avait fait manquer son but, et que conséquemment il était tombé de tout le poids de son corps sur le pavé. Il avait ressenti une douleur très vive à la partie externe du cou-de-pied et n'avait pu marcher. Ce n'est que trois jours après, le 28 mai, qu'il était entré dans la salle Saint-François, n° 26.

L'attention fut d'abord fixée sur la question de savoir s'il existait une fracture des malléoles ou du péroné ; je saisis donc d'une main la partie inférieure de la jambe pour la tenir immobile, pendant que de l'autre, prenant le pied, je cherchais à déterminer des mouvements de latéralité dans l'articulation tibio-tarsienne ; point de mobilité latérale.

J'explorai la malléole externe ; aucun signe de fracture, mais on remarqua une teinte d'une jaune clair dans la peau de la

partie inférieure et externe de la jambe, de l'œdème en dehors et tout autour de la malléole péronière, l'insensibilité sous la pression, hormis sur le bord postérieur de cette saillie. On vit alors qu'il était facile de chasser dans le tissu cellulaire voisin le liquide infiltré; et, pendant cette opération, on sentit un cordon sur la face externe de la malléole, tout près de son bord postérieur. Nous le poussâmes un peu en arrière et il disparut aussitôt. Pas le moindre bruit pendant cette réduction. On reproduisit la luxation en portant la pointe du pied en dedans et en résistant au malade, qui luttait pour la reporter en dehors. Les mouvements de flexion et d'extension du pied étaient douloureux. A peine du gonflement à la partie interne de l'articulation tibio-tarsienne. Bandage compressif qu'on arrosa d'eau blanche; repos au lit; trois portions.

5 juin. — Le tendon ne s'est pas déplacé; encore un peu d'empâtement sur la partie externe du cou-de-pied. Des compresses graduées sont appliquées immédiatement en arrière de la malléole externe et maintenues au moyen d'un bandage. — Même prescription.

12 juin. — Le gonflement a diminué; peu d'œdème; les mouvements du pied sont peu douloureux. Quand on retient la pointe du pied en dedans et qu'on recommande au malade de la porter en dehors, point de déplacement du tendon. Bandage roulé simple.

15 juin. — Induration légère derrière la malléole externe. — Recommandation au malade de marcher avec des béquilles.

18 juin. — Nous notons un peu de douleur à la pression sur la réflexion malléolaire des péroniers latéraux quand R... l'appuie sur la pointe du pied.

Dès le 20, la marche est devenue facile sans l'appui des béquilles. Chaque soir il y a eu un peu d'œdème du cou-de-pied, œdème qui disparaît par la situation horizontale pendant la nuit. *exit* le 22 juin.

OBSERVATION VII

(JARJAVAY, *Gazette hebdomadaire*, 1867, p 389.)

En mai 1862, j'ai observé un autre malade dont le tendon du long péronier latéral avait été luxé sur la face externe de la malléole péronière, au milieu d'autres désordres sans fractures des os cependant, qu'avait produits une roue de voiture qui avait passé sur la partie externe de la jambe et du cou-de-pied. C'était le nommé B. . . (Antoine), âgé de 58 ans, charretier, qui succomba à la suite d'une gangrène développée, au bout de neuf jours, dans les parties molles profondes et superficielles qui avaient été contuses. Je n'aurais pas même parlé de ce cas, s'il ne nous avait plusieurs fois démontré la rentrée facile du tendon dans sa gaine sous l'influence d'une pression légère, si, faisant contracter (càr le blessé refusait de le faire spontanément), au moyen d'un courant galvanique le corps des muscles péroniers latéraux, pendant que la pointe du pied était retenue en dedans, nous n'avions vu la luxation se reproduire à volonté.

OBSERVATION VIII

(Publiée par M. JARJAVAY, *Gazette hebdomadaire*, 21 juin 1867.)

Le nommé T. . . (Jules), âgé de 44 ans, charpentier, salle Saint-Ferdinand, N° 3, à l'Hôpital Saint-Antoine, a fait le 1^{er} avril 1864, une chute de 10 mètres de haut sur un toit de planches qu'il a enfoncé. Ce sont les pieds qui ont porté sur cette toiture, et ensuite sur le sol qui était au-dessous. T. . . n'a pas perdu connaissance; cependant, il ne saurait dire si, dans le choc, le pied droit a tourné sur son axe antéro-postérieur, ni si l'extrémité antérieure a porté la première. Le blessé a été transporté avec un brancard dans notre service.

2 avril. — T. . . est d'un tempérament sanguin; ses muscles sont très développés. Il se plaint d'une douleur vive au niveau du cou-de-pied droit et ne peut remuer le pied correspondant sans souffrir. Tuméfaction légère. Point de déviation de l'axe

du pied, ni de celui de la jambe. Une ecchymose existe sur la partie externe du cou-de-pied, au-dessous de la malléole externe, et remonte dans toute la partie inférieure de la jambe. Celle-ci fixée avec une main, l'autre main inprime au pied une impulsion alternativement à droite et à gauche; point de mouvements de latéralité de l'astragale dans la mortaise tibio-péronière. Le doigt constate sur la partie postérieure de la face cutanée de la malléole péronière, une saillie longitudinale en forme de corde, que la pression chasse en arrière et fait disparaître sans bruit, mais on sent un soubresaut.

Dès que la pression a cessé, la saillie longitudinale paraît et disparaît de nouveau sous une nouvelle impulsion. Nouvelle réapparition avec la même facilité dès que cesse la force qui l'a réduite. Cette saillie ne se prolonge pas au-dessous de la malléole externe, des compresses graduées sont appliquées sur le trajet des tendons des péroniers latéraux après réduction obtenue de la corde dont il s'agit, et maintenues au moyen d'une bande roulée étroitement serrée sur la région. Application de compresses imbibées d'eau végéto-minérale et maintenues avec un bandage roulé; repos au lit, trois portions.

6 avril. — Nous enlevons la bande et les compresses-graduées, et nous ne trouvons aucune saillie anormale. Nouvelle application du même appareil.

7 avril. — Une bande dextrinée est surajoutée.

18 avril. — La réduction est parfaite. L'ecchymose, qui s'était étendue, a pâli considérablement, on constate un peu de douleur dans la flexion et l'extension du pied.

6 mai. — Le malade ne souffre plus que du pied gauche, qui avait été contusionné dans la chute. On recommande au malade de marcher avec des béquilles.

14 mai. — Les mouvements du pied sont complètement libres et n'occasionnent plus de douleur. Exeat.

OBSERVATION IX

M. Legouest, à la séance de l'Académie de médecine du 6 janvier 1874, rappela un cas de luxation des tendons péroniers qu'il avait observé :

« A la suite d'une entorse était resté un spasme clonique des péroniers latéraux. Il en résultait que nuit et jour, ces contractions spasmodiques rejetaient les tendons soit en avant, soit en arrière de la malléole avec un tel bruit que les voisins du malade et le malade lui-même en étaient incommodés. Je ne pus me rendre maître du spasme, et le malade sortit de l'hôpital non guéri, et marchant avec peine. »

OBSERVATION X

(Empruntée à la thèse de M. BLANLUET, Paris, 1875)

Le nommé A... entré le 29 novembre 1873 à l'hôpital de la Charité, est couché au N° 28 de la salle Sainte-Vierge, service de M. Gosselin. Le malade nous raconte qu'il y a huit jours, en travaillant, il tomba d'un grenier peu élevé. Il ne perdit pas connaissance et se rappelle très bien que le poids de son corps porta sur le pied droit qui alors était tourné en dedans. En même temps il éprouva une violente douleur avec une sensation de déchirement dans la partie externe du cou-de-pied; il dit qu'il lui sembla qu'on lui avait donné un fort coup de fouet; il a pu faire encore quelques pas après l'accident, mais bientôt, la douleur et le gonflement augmentant, il fût obligé de garder le lit; au bout de cinq à six jours, voyant qu'il se faisait peu d'amélioration, il se décida à entrer à l'hôpital.

Le 26. — Aujourd'hui on constate l'existence d'un gonflement mollaſse, non fluctuant, siégeant autour de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit, à cause de cela on pense qu'il a eu une entorse; mais le gonflement est beaucoup plus prononcé sur la face externe de la jambe en arrière de la malléole; le tendon du long péronier, au lieu d'être à la partie posté-

rière de la malléole péronière, est situé sur la face antérieure ou au moins externe du péroné. Ce tendon est contracturé et quand on porte le pied en dedans, la corde devient plus saillante. En déprimant les parties tuméfiées on arrive à reconnaître le tendon du long péronier qui s'enfonce bientôt sous la plante du pied, ainsi que celui du court péronier qui se dirige vers le cinquième métatarsien.

En pressant avec les doigts de dedans en dehors, on sent très bien les tendons rouler et rentrer à leur place normale. La luxation se reproduit facilement quand on dit au malade de remuer le pied, mais elle se réduit avec la même facilité. Les différents mouvements qu'on imprime au pied provoquent une douleur modérée. On ne remarque pas d'ecchymose.

Le jour même, on applique après la réduction, des compresses graduées et de la ouate derrière la malléole, en maintenant le tout avec une bande roulée; malgré cela le déplacement se reproduit et cela plusieurs fois. Le court péronier ne reste réduit que le quatrième jour seulement. Quant au long péronier latéral il faut attendre sept ou huit jours avant d'avoir une réduction définitive. M. Gosselin crut un instant qu'il serait impossible de l'obtenir. Le 4 décembre, c'est-à-dire huit jours environ après la première réduction, on put mettre un appareil inamovible qu'on laissa quelques jours; puis on enleva cet appareil et on constata que les tendons étaient définitivement réduits. Le malade garda le lit encore quelque temps, et après un séjour de six semaines à l'hôpital il marchait sans béquille et sans canne. L'amélioration allait toujours en s'accroissant davantage, lorsque quelques jours plus tard il quitta l'hôpital sans qu'on lui eût donné son *exeat*.

OBSERVATION XI

(Publiée par H.-A. BEACH in *Boston Med. and. Surg. journal.* mars 1876, p. 231. Résumée in *Hayem*. Tome XI, p. 643.)

Le cas appartenant à l'auteur est celui d'une dame qui s'était

donné une entorse deux mois auparavant et qui se servant trop tôt de son pied fut atteinte de cet accident en marchant dans la rue. Elle put encore rentrer chez elle, et en examinant son pied, elle trouva sur la malléole externe un corps étranger qu'elle pouvait déplacer sans provoquer de douleurs, et qu'elle considéra comme un os. Quelques semaines plus tard, l'auteur constata que le tendon du long péronier latéral pouvait être facilement extrait de sa gaine et y rentrer facilement. S'il se luxait pendant que la malade descendait un escalier, elle tombait sans pouvoir se retenir. Après beaucoup d'essais infructueux, l'auteur parvint à le maintenir en place à l'aide d'une bande de toile de deux pouces de long sur un demi-pouce de large, maintenue étroitement appliquée derrière la malléole externe à l'aide d'une guêtre de cuir. Au bout d'un an, on constatait encore de la tendance à la luxation et la malade ne pouvait se passer de son bandage.

L'auteur rapporte ensuite un cas analogue qui lui a été communiqué par R.-M. Hodges.

Une dame de 22 ans, ayant voulu marcher trop tôt après une entorse était tombée une seconde fois et s'était luxé le tendon du péronier latéral. Tous les bandages élastiques furent insuffisants; ils n'empêchaient la luxation de se reproduire que si la malade marchait sur une surface unie, mais une fois sur un sol accidenté, ou dans les escaliers il fallait recourir à l'usage d'une bottine qui ne permettait pas la flexion du pied.

L'auteur fait ensuite une revue générale de tous les cas qu'il a pu réunir, ainsi que des cas de luxation de la longue portion du biceps.

Sur 18 cas du premier genre (y compris les 2 précédemment rapportés), 13 se rapportent au long péronier, 5 aux deux péroniers.

Dans 5 des 13 cas, on n'indique pas la terminaison, dans 2 on ne put maintenir les tendons leur gaine sans qu'il en résultât le moindre inconvénient. Dans 3, la guérison eut lieu en un mois, dans un autre en trois semaines, une fois, la réduction semblait se maintenir au bout d'un mois, cependant,

le malade continuait à porter son appareil ; dans un autre cas, le malade se ressentait encore au bout d'un an de son accident.

Dans un des 5 cas de luxation des deux péroniers, le résultat terminal n'est pas mentionné, dans un autre la guérison fut complète en trois semaines, dans un autre la guérison fut impossible ; dans les deux derniers enfin, la réduction ne put être maintenue sans qu'il en résultât quelque inconvénient.

OBSERVATION XII

(Empruntée à la thèse de M. GUTIEREZ, Paris 1877.)

M. Wolf, capitaine d'artillerie, 40 ans, entre dans le service du professeur Broca, le 15 février 1876. Entorse il y a 10 ans, sans suites.

Nouvelle entorse, dit-il, il y a 18 mois ; le pied gauche est tordu dans un étrier. Il y a eu une fracture du péroné à cinq centimètres environ de la malléole ; le fragment inférieur est légèrement, mais très certainement déjeté en dehors ; le col est sans saillie. Les deux tendons des péroniers latéraux, au-dessus de la malléole, forment une corde qui se détache très notablement du péroné, et qu'on ne retrouve pas sur l'autre membre. Quand M. Wolf fait une marche, ou même une simple promenade, il éprouve plusieurs fois par heure l'accident suivant : vive douleur sur la malléole externe, gêne subite dans la marche. Il sent quelque chose qui se déplace. Il s'arrête, fait un mouvement d'extension du pied, et sent tout à coup que la chose déplacée reprend sa place. La douleur disparaît instantanément et il peut recommencer à marcher. Il a remarqué que cet accident est beaucoup moins fréquent lorsqu'il porte des chaussures à talon haut. A l'inspection des parties, M. le professeur Broca n'a pu voir les tendons des péroniers latéraux se déplacer sous ses yeux. M. Broca a cru pouvoir diagnostiquer un relâchement de la gaine des péroniers latéraux permettant une subluxation de ces tendons.

M. Broca prescrit une guêtre en peau de chien exactement lacée sur la peau.

27 mai 1877. — M. Wolf porte sa guêtre depuis 18 mois. Le premier jour, en montant à cheval, il eut une nouvelle luxation qui s'est réduite spontanément. Depuis cette époque, il n'éprouva que de légères douleurs sur le côté externe de la jambe.

Pas de récédive de luxation.

OBSERVATION XIII

(Empruntée à la thèse de M. GUTTIEREZ et résumée.)

H... (Joseph), 59 ans, entre à l'Hôpital des cliniques, service de M. Broca, le 3 mai 1877. Il a eu, il y a quelques années, une fracture du péroné gauche dont il garde quelques traces. Le 1^{er} mai, en montant une soupente, son pied droit appuya sur un morceau de bois cylindrique. Il glissa et tout le poids de son corps se portant sur le pied droit, il éprouva une vive douleur qu'il compare à un fort pincement, dans la région malléolaire externe droite ; cependant il ne tomba pas et put descendre l'escalier qui mène à la soupente.

A l'examen de son pied, il observa sur la partie externe quelque chose qui ressemblait à une corde et qu'il pouvait faire mouvoir à volonté en avant et en arrière ; ce mouvement était douloureux et accompagné d'une sensation de frottement. Il constata également une teinte bleuâtre généralisée autour du cou-de-pied ; en outre, du côté externe de la jambe, il remarqua une raie rougeâtre, étroite, d'une certaine étendue qui suivait l'axe du membre ; la douleur spontanée dura à peu près une heure. Il y eut peu de gonflement.

Le malade se soigne pendant trois jours avec des compresses trempées dans l'eau-de-vie camphrée, additionnée d'eau, les mouvements restant très douloureux, il se rend à pied à l'hôpital, en posant le pied à plat pour marcher. On constate que les mouvements, quoique douloureux, sont possibles ; le long péronier latéral est seul luxé et il vient faire saillie sous

forme de corde en avant et sur la face externe de la malléole péronière droite.

Le tendon remis en place, un appareil plâtré fut appliqué et laissé cinq semaines. Au bout de ce temps, on constata que le tendon était dans sa gouttière. Un nouvel appareil silicaté fut appliqué avec un petit tampon ouaté peu large, mais de cinq ou six centimètres de longueur, le long du tendon, derrière la malléole.

Quelque temps après, le malade fut envoyé à Vincennes ; son état était alors le suivant : pas de rougeur, pas de gonflement, mouvements parfaitement libres mais un peu douloureux, un peu d'empâtement de la région malléolaire.

OBSERVATION XIV

(Publiée par GILLET DE GRANDMONT, citée en thèse, BALARD
D'HERLINVILLE, 1890.)

Le docteur Gillet de Grandmont faisait, le 9 avril 1878, à la Société de Médecine pratique, une communication sur une observation de luxation des péroniers.

C'est celle d'un chasseur qui, montant un cheval difficile, fut porté violemment contre un mur. Son pied, pris entre la muraille et la crosse de son fusil, subit une vigoureuse pression. En voulant réagir contre la douleur, il opéra une contraction musculaire si énergique qu'une luxation des péroniers latéraux en fut la conséquence. La réduction fut facile, mais elle se reproduisait avec facilité, puisque, 18 jours après, l'auteur pouvait la constater. Elle fut cependant guérie par un appareil constitué par un tampon de ouate et un bandage roulé.

OBSERVATION XV

(Publiée par D. MOLLIÈRE, dans le *Lyon Médical*,
du 2 novembre 1879, et résumée.)

Le nommé Girard (Auguste), âgé de 28 ans, robuste, grand, et jouissant d'une parfaite santé, entre le 10 février 1875,

dans mon service, salle St-Eucher, n° 13. Malgré cette force apparente, cet homme était absolument incapable de marcher.

Il nous raconte que huit mois auparavant, il avait fait une chute du haut d'un arbre, qu'il avait alors ressenti du côté de la malléole externe une douleur excessivement vive et, qu'à partir de ce jour, la marche avait été impossible. Immédiatement après l'accident, on l'avait transporté à l'hôpital de Vienne, en Dauphiné, où il fut soumis pendant plus de trois mois à un repos absolu. Ne voyant aucune amélioration dans son état, il était entré presque aussitôt après dans le service du Dr Valette, à la clinique de l'Ecole de Médecine de Lyon. Le regretté professeur lui avait appliqué un bandage inamovible. Il fit, à cette époque, un séjour de près de quatre mois à l'Hôtel-Dieu. Quand il en sortit, il chercha vainement à marcher. Dès qu'il voulait hâter le pas il ressentait une secousse douloureuse au niveau de la malléole externe. Il lui fallait s'arrêter brusquement. C'est alors qu'il entra dans mon service. Il y avait donc huit mois que l'accident était arrivé quand je l'ai vu pour la première fois.

Le diagnostic ne fut pas difficile à établir. En examinant la région malléolaire externe du pied gauche, le malade étant au lit, tout paraissait normal. Il n'y avait pas la moindre trace d'inflammation. Au contraire, quand on ordonnait au patient de se tenir sur la pointe du pied, on voyait se produire une saillie anormale au devant de la malléole externe, saillie formée par le tendon du long péronier latéral complètement sorti de sa gaine. Quand le malade était au lit, on opérât la réduction de ce déplacement le plus facilement du monde.

Toute trace d'inflammation ayant disparu, et huit mois s'étant écoulés depuis l'accident, d'autre part, un traitement rationnel ayant été suivi et dirigé par des chirurgiens dont personne ne saurait contester le mérite, n'étions-nous pas en droit de considérer comme définitive cette infirmité qui persistait toujours. Et les faits observés jusqu'ici par les auteurs, nous prouaient que la claudication est très souvent perma-

nenté après cet accident. C'est ce qui me décida à tenter une opération qui, jusqu'ici, n'a jamais été, que je sache, proposée pour la luxation des tendons.

Description de l'opération (1).— Ténotomie du long péronier latéral. Appareil inamovible. Au bout de trois mois, le malade quitte l'hôpital parfaitement guéri.

Cinq ans après son opération, le malade rentre dans le service de M. D. Mollière à l'Hôtel-Dieu pour une entorse du pied droit prise en descendant de cheval pendant ses treize jours. « Je regardai immédiatement son pied gauche, il ne lui restait pas la moindre trace de son opération, la luxation n'existait plus; les péroniers fonctionnaient normalement, il n'y avait plus la moindre déformation du pied. En un mot, la guérison était aussi complète, aussi parfaite que possible, et le malade nous affirma qu'elle ne s'était démentie un seul instant depuis l'opération; on peut donc la considérer aujourd'hui comme absolument acquise.

OBSERVATION XVI

(Publiée par le Dr CARL MAYDL assistant de la clinique du professeur ALBERT, de Vienne.)

P. R..., jeune fille de 17 ans fait un faux pas il y a un an, Vive douleur dans le pied gauche. Mouvements pénibles. La malade ne se rappelle pas la position du pied au moment de l'accident. On pouvait apercevoir aussitôt après, une sorte de sangle tendue sur la malléole externe. Pendant quelque temps, on laissa le pied au repos, puis à cause des douleurs et de la grande fatigue produite par les mouvements un peu étendus du pied, on fit entrer la malade à l'hôpital d'Insbrück, le 26 octobre 1879.

Quand le pied est dans la position moyenne et en flexion plantaire, on ne voit rien d'anormal, mais par contre, dans la flexion dorsale on voit sur la malléole externe une sangle aplatie

(1) Voir notre chapitre traitement, p. 57.

qui disparaît sans bruit dans la flexion plantaire. On peut la sentir au bord postérieur du cuboïde, quand on essaye de porter le pied en pronation, la sangle se tend.

A droite la gouttière des péroniers est profonde et on peut suivre sur une hauteur de six centimètres le rebord osseux qui la recouvre.

A gauche, la gouttière est à peine marquée et le rebord osseux très peu prononcé. On essaya de maintenir au moyen d'une bande de diachylon le tendon à sa vraie place, derrière le bord postérieur de la malléole, en mettant le pied en extension et supination et en le fixant ainsi à une attelle suivant le procédé de Dupuytren dans les fractures de la malléole. Mais au bout d'un temps assez long, on n'eut pas de résultat. C'est pourquoi M. le professeur Albert fait le 10 novembre 1879 une incision sur l'angle postérieur de la malléole, il détacha le périoste, creusa la portion d'os dénudée au moyen d'un ciseau et fixa par dessus, le périoste au moyen de fils de catgut. La plaie cutanée fut fermée et on appliqua un appareil plâtré, le pied étant en supination et extension.

12 novembre. — L'appareil plâtré est séparé en deux volets que l'on emploie comme attelles.

14 novembre. — Gonflement au bord interne de l'articulation du pied. Température 39°.

17 novembre. — La plaie cutanée bâille. Œdème du dos du pied. Abscess sous la malléole. Température 39°5. Incision.

21 novembre. — Disparition de l'œdème du dos du pied. Le gonflement, la rougeur et la douleur diminuent. Température 39°2.

22 novembre. — Température 38°.

26 novembre. — Bourgeons granuleux sur la plaie. Le gonflement de la malléole a disparu. — Plis sur le dos du pied. — Mouvements sans douleurs. — Température 37°8 et le soir 39°2.

3 décembre. — Température 37°4. Normale à partir de ce jour.

11 décembre. — Guérison ; tentatives de marche.

19 décembre. — On enlève le pansement. — Bains. — Mouvements passifs. — Massage. — La cicatrice qui est sur le bord supérieur de la malléole externe, bien qu'épaisse, ne gêne pas les mouvements.

26 décembre. — Guérison complète.

Nous avons su depuis, que la malade peut faire de longues marches sans difficulté ; elle a éprouvé dans les premiers temps une certaine gêne en descendant une colline. La luxation ne s'est pas reproduite.

OBSERVATION XVII

(Empruntée à la thèse de M. BALARD d'HERLINVILLE
et résumée.)

Bertillol, petit garçon, 6 ans, habitant à Montreuil, quoique pas trop vigoureux, paraît d'une bonne santé. Aucun antécédent du côté des parents. Il y a 3 mois environ, la mère s'aperçoit que la marche de son enfant devenait difficile, pénible en même temps que la jambe gauche subissait une déformation appréciable. Elle ne sait à quelle cause rapporter ces symptômes, et ne se souvient pas d'un traumatisme quelconque qui aurait pu en être le point de départ. Voici ce que l'examen fait constater le 3 juin 1890 :

En comparant les deux membres inférieurs, on découvre à l'inspection une diminution sensible du membre gauche. Cet état atrophique est surtout manifeste sur les muscles des régions antérieure et externe de la jambe et intéresse principalement le groupe des péroniers latéraux et des extenseurs.

Les muscles de la cuisse gauche sont également atrophiés et plus mous, les os eux-mêmes sont plus grêles que ceux du côté opposé. Dans la station debout et dans la marche on remarque une tendance des deux pieds à prendre l'attitude du valgus, surtout à gauche. Pendant la marche, lorsque le talon s'appuie sur le sol et avant que l'avant-pied ne s'y applique à son tour on voit apparaître sur la face externe de la malléole deux cordons arrondis, roulant sous le doigt, durs, assez

mobiles et se terminant en bas, l'un à l'os cuboïde, l'autre, à l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien. La marche est très pénible, hésitante, difficile. Le professeur Lannelongue diagnostique une luxation des tendons des muscles péroniers ayant amené la formation d'un commencement de pied plat valgus et consécutive à une paralysie infantile.

M. Lannelongue pratique alors pour obvier à ces troubles de la marche qui allaient en s'accroissant, l'opération que nous avons décrite au chapitre du traitement sous le nom d'autoplastie périostique. Le but que s'était proposé par cette opération le professeur Lannelongue a été de créer une butte osseuse, d'augmenter la saillie malléolaire normale, de façon à maintenir réduits, derrière cette saillie, les tendons péroniers latéraux.

13 juin. — On enlève l'appareil, la plaie a un excellent aspect. — Pas de suppuration. Nouveau pansement. Même appareil.

17 juin. — La plaie est complètement cicatrisée, on replace l'appareil.

1^{er} juillet. — En explorant la malléole externe avec le doigt, on perçoit une légère crête dure, indice de formation d'os.

9 juillet. — Le malade marche bien, sans déjeter la jambe en dehors. La voûte plantaire s'est relevée, et les tendons péroniers ne s'échappent plus pendant la marche en avant de la malléole externe sur laquelle on sent une production osseuse assez volumineuse.

、 OBSERVATION XVIII

(Publiée par le Dr KRAMER de Gr. Glogau, in *Centralblatt für Chirurgie*, 6 juillet 1895.)

Qu'il me soit permis de relater l'observation d'un cas datant d'un an et demi, dans lequel ne connaissant pas le procédé de König, j'opérai par le procédé suivant, une luxation des tendons péroniers devenue habituelle, au pied gauche d'un enfant de neuf mois. S'il ne se fut pas agi d'une luxation con-

génitale, le fait m'eût paru digne d'être publié, tant les cas de ce genre sont jusqu'à présent rares dans la littérature. L'affection siégeait sur un pied d'une conformation et d'une mobilité normale, chez un enfant fort et en bonne santé, chez lequel on ne notait d'ailleurs aucun arrêt de développement; l'enfant n'avait fait encore aucune tentative de marche dans laquelle une contracture brusque des muscles, à l'occasion d'un basculement du pied en dedans, aurait pu amener la luxation des tendons.

Les parents de l'enfant avaient déjà remarqué la lésion, et sans s'en préoccuper, ils avaient vu, — comme je pus le constater moi-même, — neuf mois après la naissance, lorsqu'on me présenta l'enfant pour la première fois, — que surtout à l'occasion des mouvements violents du pied gauche, particulièrement quand le pied était en abduction et supination le dos du pied étant allongé, les tendons passaient en avant de la cheville avec un bruit perceptible, pour revenir aussitôt à leur première position. Il s'agissait en fait d'une lésion congénitale qui semblait devoir être due (la mère n'ayant reçu aucun coup sur le corps pendant sa grossesse), à un développement insuffisant du sillon malléolaire qui retient les tendons péroniers et de la sangle qui les y maintient. Cette luxation avait peut-être été favorisée par des changements fréquents de position du pied dans l'utérus. Cette origine fut facile à constater, lorsque sur les instances du médecin de la famille qui avait déjà employé les bandages sans succès, je recourus à une opération chirurgicale au commencement de janvier 1894, et découvrant par une incision les tendons et la malléole externe. La gouttière malléolaire et le sillon latéral qui la borde étaient à peine indiqués et rien du fascia du bas de la jambe ne pouvait être considéré comme formant une sangle. Il s'agissait alors de chercher à produire une sangle résistante au moyen d'un lambeau périostique.

Dans ce but, je détachai de la malléole externe un lambeau ostéo-périostique long d'un centimètre et demi, large de un peu plus d'un centimètre et ayant cette forme  La

base du lambeau était en arrière. Je le rebattis en arrière sur les tendons, et je le fixai au moyen de quelques fils de catgut sur une partie du bord postérieur de la malléole. La plaie cutanée fut ensuite fermée et un bandage fut appliqué. La guérison fut obtenue en huit jours. Au commencement de la troisième semaine, on commença avec précaution à mobiliser le pied. A plusieurs reprises, et dernièrement encore, il y a deux mois, j'ai pu constater que les tendons glissaient librement à chaque mouvement, dans la sangle ainsi créée, qu'ils étaient complètement retenus et que l'enfant n'était gêné en rien.

Ce procédé employé, il y a un an et demi, a été favorablement mis à l'épreuve par les tentatives maladroites de l'enfant, quand il apprit à marcher. Ce cas montre d'ailleurs qu'il n'est pas nécessaire pour atteindre un aussi bon résultat d'une suture tendineuse sur la face postérieure de la malléole, un pareil procédé pourrait amener une prolifération tendineuse et osseuse qui ne ferait qu'entraver la fonction.

OBSERVATION XIX

(Publiée par le Dr STAFFEL, de Wiesbaden du *Centralblatt für Chirurgie*, 5 octobre 1895.

A l'occasion de la communication du professeur Kraske de Fribourg-en-Brisgau dans le n° 24 de ce journal, je me permets de rapporter un cas de luxation des péroniers que j'eus l'occasion d'observer. Par la rareté de cette lésion (le professeur Kraske n'en a vu que ce cas) ma communication est suffisamment justifiée.

W. D..., 36 ans, bûcheron, fut atteint au pied gauche, le 3 janvier 1891, par un tronç d'arbre, qui dans la chute se renversa sur lui: « il ne me fut pas possible de me retirer seul de dessous l'arbre, mes compagnons de travail m'aidèrent à me retirer et me conduirent sur une schlitte chez moi. »

1^{er} examen, 15 mars 1891. — Ou note une très forte entorse du pied gauche. L'articulation est très œdématiée.

Conservation complète des mouvements actifs et passifs. Pas de fracture. Depuis deux mois et demi les orteils ne se meuvent que d'une façon très insuffisante. Le malade était encore au lit (il y resta près d'un an).

17 septembre 1891. — Le malade n'est pas encore en état de marcher sans béquilles. La circonférence articulaire est de deux centimètres et demi plus grande que celle de l'autre pied. Ce n'est que très lentement et avec peine qu'il peut marcher avec deux béquilles.

21 août 1893. — La circonférence de l'articulation tibio-tarsienne malade, mesure encore un centimètre de plus que celle qui est saine. Les mouvements actifs et passifs sont possibles dans une faible étendue, mais douloureux. Sur la malléole externe on note une *proéminence grosse comme un poids, dure comme de l'os*, douloureuse à la pression.

11 juin 1894. — Le blessé vient me trouver pour être traité dans ma clinique.

16 juin. — Examen du malade, le pied gauche ne présente rien d'anormal dans sa forme, aucune trace de fracture, pas de cicatrice cutanée, plus d'enflure. Le mollet gauche mesure $1/2$ centimètre de circonférence de moins que le droit mais les deux mollets (30-30 $1/2$) sont grêles. (Le blessé est un homme particulièrement faible.)

Le mouvement des orteils est normal. Dans les mouvements du cou-de-pied, la flexion du pied en haut est seulement un peu limitée, mais, cependant, pas à un tel point que l'usage du pied en soit entravé; le pied se laisse plier sur la jambe au delà de l'angle droit.

A l'examen au moyen des courants d'induction (sous l'influence desquels tous les muscles, même les péroniers, se contractaient bien normalement), je m'aperçus que les tendons des deux péroniers, le court et le long, n'étaient pas à leur place normale derrière la malléole externe, mais étaient situés sur la malléole. Il est évident que, dans la chute, la violence du tronc d'arbre les a arrachés de derrière la malléole par destruction de l'appareil de contention, pourtant solide, qui

les y maintient, si bien qu'ils étaient placés maintenant sur la malléole. C'est là qu'ils sont maintenus, et comme l'examen visuel le montre, très solidement, si bien *que la motilité des tendons, comme la fonction des muscles, n'est nullement entravée.*

Le malade effectuait avec le pied gauche, mais avec quelque appréhension au début, tous les mouvements dans une étendue suffisante et avec une certaine force. *Dans ces exercices, de même que dans la marche, je ne pus remarquer de différence dans l'usage des deux pieds.* Le malade va, néanmoins, lentement, et appuyé sur un bâton, mais il peut, vraisemblablement, marcher sans bâton et vite. De la luxation des tendons il n'a aucune notion et ne manifeste aucune plainte qui puisse se rapporter directement à cette anomalie. Toutefois, il se plaint, est-ce exagération, est-ce simulation, d'une douleur permanente dans le pied, qui lui semble siéger partout : en dedans, au dehors, au-dessous.

Entre temps, j'ai remarqué que cette proéminence, grosse comme un pois, dure comme de l'os, dont j'avais fait mention dans mon examen du 22 août 1893, n'était plus perceptible sur la malléole externe; c'était donc par elle, comme je le présume bien avec raison, que s'indiquait la luxation des tendons péroniers que l'on n'avait pu révéler; les tendons placés sur la malléole pouvaient bien se présenter au doigt explorateur sous forme d'une proéminence du volume d'un pois et de consistance osseuses.

Je regrette de ne pas avoir accordé alors plus d'attention à cette affection rare, et de ne pas avoir étudié dans ce cas, d'une façon plus précise, le mécanisme de la lésion et de ne pas avoir recherché les aptitudes fonctionnelles ultérieures du pied quand le malade partit, le pied entouré d'une bande de flanelle.

J'ai su depuis, par hasard, et sans renseignements plus précis, que le malade allait bien.

OBSERVATION XX

(Publiée par ALLEN-WALSHAM, in *British Medical Journal*,
2 novembre 1895.)

Une jeune dame, âgée de 22 ans, eut le pied pris dans un trou en patinant et se fit une violente entorse de la cheville. Depuis lors, elle a toujours boité et, de temps à autre, pendant la marche, le péronier s'échappe en avant avec un bruit sec facile à entendre, en même temps que la malade ressent une violente douleur. Elle a usé de différentes sortes de bandages, de chevillières et de chaussures spéciales, mais sans aucun résultat. Elle a aussi porté un appareil pendant la nuit pour maintenir le tendon.

A la fin, elle s'est servie d'une chaussure avec tiges extérieures et intérieures métalliques, et munie d'une courroie en T, maintenant un coussin spécial derrière le tendon.

Pour le moment, elle a une plaie par compression causée par le coussin et presque complètement guérie grâce aux soins du Dr Cooper Vuy.

Le 17 janvier, la plaie étant complètement guérie, l'opération ci-dessus décrite fut pratiquée. (Lambeau pris sur la malléole et composé du fascia épaissi et du périoste. Ce lambeau est rabattu par-dessus le tendon et suturé aux tissus fibreux occupant le bord postérieur de la gouttière normale.) Le tendon ayant été convenablement fixé dans sa gouttière par sa nouvelle gaine, la plaie cutanée fut complètement fermée et le pied placé dans un plâtre. Il y eut une légère suppuration. Le 6 mars, l'observation dit : la plaie est bien guérie, le tendon se meut librement derrière la malléole et ne montre aucune tendance au déplacement. Le malade marche bien et ne souffre pas, mais il y a une légère raideur de la cheville après un arrêt prolongé, dans la position assise.

On ordonne des massages.

Le 17 mai, résultat excellent en tous points. Le tendon se meut librement et ne sort pas de la gouttière. La malade

peut faire à pied 5 ou 6 milles sans la moindre gêne ni claudication.

OBSERVATION XXI

(Publiée par V. A. PERIMOFF, assistant de la clinique chirurgicale du professeur Kousmine de Kazan (in *Revue de Chirurgie* 1896, p. 679). Résumée.)

Notre malade, P. Ponomareff, âgé de 22 ans, entra à la clinique le 22 septembre 1895. Les dérangements pendant la marche étaient si considérables qu'ils lui firent demander l'intervention chirurgicale. Il tâchait de tenir sa jambe à angle droit et en général de ne faire aucun mouvement avec la jointure, car les tendons péroniers sortaient aussitôt de leur loge normale et sautaient sur la malléole, ce qui causait une vive douleur. Il est à remarquer que les tendons se disloquaient très facilement pendant la supination et la flexion. Le malade ne pouvait faire quelques pas, et ne pouvait pas marcher sur un terrain inégal, parce que le pied lui glissait. Il y avait deux ans qu'il était malade à la suite d'un faux pas qu'il avait fait et où son pied avait glissé en dehors. Il avait été traité par les bandages, mais ce traitement n'eut point de succès. Cédant aux instances du malade, le professeur Kousmine fit, le 15 septembre 1895, une opération dont nous avons exposé le manuel opératoire au chapitre du traitement (lambeau osseux fixé perpendiculairement à la malléole au moyen de clous de nickel).

Le 29 septembre 1895, c'est-à-dire au bout de 17 jours, on changea le bandage, les clous furent retirés; il fut constaté que les tendons se trouvaient à leur place; au bord extérieur de la malléole se forma une élévation considérable; un bandage plâtré fut mis de nouveau et le malade sortit de l'hôpital; on lui conseilla de ne pas ôter le bandage avant 28 jours, de faire un petit massage et des mouvements.

Le malade suivit ce conseil.

Il y a quelque temps, il nous a envoyé une lettre dans laquelle il écrit qu'il marche à présent très bien, les tendons

se trouvent à leur place normale, le pied ne lui glisse plus et que suivant le témoignage de notre honorable collègue, D^r Jordanski, la saillie osseuse néo-formée satisfait parfaitement à sa fonction.

OBSERVATION XXII

(Publiée par MUNRO-SMITH, *Brit. med. journ.*, p. 1216,
15 mai 1897, résumée dans HAYEM, t. 51, p. 233.)

Homme de 50 ans, souffrant de violentes douleurs dans le cou-de-pied droit. Les tendons péroniers sont sur la malléole externe. On peut les réduire facilement à leur place normale ; mais ils en sortent aussitôt, car la rainure qui doit les contenir est peu profonde. S... sutura les tissus fibreux au-dessus de de la gouttière où il avait réduit les tendons. Le malade fut maintenu au repos pendant quelques semaines.

Quelque temps après qu'il eût repris son travail, les douleurs reparurent et la luxation des tendons se reproduisit. S... pratiqua alors le décollement d'un lambeau périostique qu'il laissa adhérent par un bord à la malléole externe, le rabattit sur les tendons péroniers et le sutura. Depuis six semaines le malade a repris son travail ; le résultat fonctionnel est bon et les tendons semblent fixés solidement dans leur gouttière.

OBSERVATION XXIII

(KÖNIG, *Centralblatt für Chirurgie*, 1898, p. 25.)

On lit dans le compte rendu de la séance du 8 novembre 1897, de l'Association libre des chirurgiens de Berlin :

« M. König est en état de citer un cas unique de luxation des deux tendons péroniers, des deux côtés.

« Un officier eut à la suite d'une torsion du pied une luxation des tendons péroniers d'un côté. Quand il fut guéri, il contracta une autre luxation de l'autre côté en montant à cheval. Aux deux fois, König employa sa méthode de renverse-

ment d'un lambeau osseux pour créer une nouvelle gouttière aux tendons et dans laquelle ils fonctionnèrent bien ».

OBSERVATION XXIV

(Publiée par RIESE, *Centralblatt für Chirurgie*, 1898, p. 584.)

Cas de luxation des tendons péroniers opéré par la méthode de König-Kraske.

Formation d'une nouvelle gaine tendineuse par détachement d'un lambeau ostéo-périostique de l'extrémité inférieure de la malléole, et suture du lambeau du périoste du calcaneum par des fils de soie. — Guérison consécutive. — Le fonctionnement est bon. — La lésion s'était produite chez un peintre en bâtiment de 34 ans, à la suite de basculements fréquents du pied en descendant d'une échelle. Le malade n'a pas présenté de violente entorse. Il faut considérer comme très acceptable cette hypothèse que la luxation des tendons péroniers est un résultat de l'action musculaire et non de la destruction de la bandelette fibreuse (à la suite d'une violente entorse) comme le pense Volkmann. D'après le récit du malade en même temps qu'il a ressenti la douleur et le claquement des tendons sur la malléole, il a remarqué une petite enflure à la face externe du mollet. La douleur remontait jusqu'à l'interligne externe de l'articulation du genou, comme si la cause pouvait en être imputée à une hernie des muscles péroniers siégeant au-dessus du mollet. Le trou de l'aponévrose fut reconnu pendant l'opération de la luxation.

OBSERVATION XXV

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le médecin-major
RUOTTE.)

Le nommé Bellat, Albert, âgé de 37 ans, ouvrier menuisier, habitant Lons-le-Saunier, se trouvait, le 6 septembre 1899, monté sur une échelle appuyée contre un mur; il était environ à la hauteur d'un premier étage. L'échelle ayant glissé, il tomba

tout d'abord debout sur ses talons, puis son pied droit tourna en dedans avec un claquement sec ; à ce moment, il ressentit une vive douleur et tomba sans pouvoir se relever. Reconduit à son domicile il fut traité pour une entorse grave.

Son état ne s'améliorant pas au bout de 12 à 15 jours, il entra à l'hôpital dans le service de M. le Dr Chapuis. Le pied droit étant très gonflé surtout en dehors et en arrière avec une ecchymose considérable sur la région externe du cou-de-pied, en arrière de la malléole. Cette ecchymose contournait la face postérieure du tendon d'Achille, atteignait la face interne de la région et s'étendait jusque vers les muscles du mollet. La région calcanéenne paraissait un peu élargie dans le sens transversal. Les mouvements volontaires de l'articulation tibio-tarsienne étaient peu douloureux ; à la pression on provoquait une douleur très vive entre la malléole externe et le tendon d'Achille ; la pression sur la face inférieure du calcanéum était également douloureuse ; dans le sens transversal elle n'était pas trop pénible. La marche et la station debout étaient impossibles.

Après quelques jours de massage, on peut mieux étudier la région, le gonflement ayant en partie disparu. On ne reconnaissait aucun signe absolu de fracture du calcanéum, mais on sentait nettement que les tendons péroniers n'étaient plus à leur place ; on les rencontrait sur la face antéro-externe de la malléole sur laquelle ils glissaient ; on pouvait facilement les ramener en arrière, les réintégrer à leur place normale, mais il était plus difficile de les y maintenir ; au moindre mouvement, ils regagnaient la face externe de la malléole en produisant un bruit sec, un claquement. Un appareil plâtré fut appliqué et laissé vingt jours en place, après quoi on le remplaça par un appareil silicaté plus léger avec lequel on fit marcher le malade.

Ce dernier appareil fut porté pendant quinze jours. Après plusieurs séjours à l'hôpital et plusieurs essais pour reprendre son travail, Bellat revient le 4 janvier 1899, se plaignant de ne pouvoir ni marcher ni rester debout pendant un certain

temps, et par conséquent, dans l'impossibilité de travailler. Le pied est bien désenflé, la région calcanéenne a repris à peu de chose près sa configuration normale, mais les tendons péroniers sont toujours déplacés; s'il les réduit lui-même, il peut faire quelques pas, mais bientôt un claquement sec se produit en même temps que le malade ressent une douleur assez vive, les tendons de luxent de nouveau et la marche est alors subitement entravée.

Enfin, le blessé s'inquiète surtout à cause d'un nouveau symptôme qui s'est établi peu à peu. Lorsqu'il a essayé de forcer un peu la marche il survient alors une déviation très notable du pied. La pointe se porte en dedans, en même temps qu'il se fait une élévation du bord interne du pied. Cette déviation est telle que le soulier droit du malade est fortement déformé dans le même sens, et la déformation est si accentuée que Bellat est obligé en marchant, d'écarter notablement la jambe droite, pour empêcher que l'extrémité de son soulier droit ne vienne à chaque pas heurter douloureusement la malléole interne du côté gauche. Le malade réclame alors énergiquement un traitement qui puisse le guérir d'une façon radicale.

M. le docteur Chapuis voulant bien nous confier le blessé, nous l'opérons, le 4 février 1899, de la façon suivante : une incision commencée à quatre travers de doigt au-dessus de la pointe de la malléole externe à un demi-cent. en arrière du bord du péroné est conduite parallèlement à ce bord et vient se recourber en bas pour se terminer en avant de la pointe malléolaire et à un travers de doigt au-dessous d'elle.

Les tendons apparaissent bientôt dans le tissu cellulaire sous-cutané, sur la face externe de la malléole. Ils ne sont pas altérés, quoique d'un aspect moins lisse et moins brillant qu'à l'état normal. En examinant la gouttière rétro-malléolaire, on reconnaît quelques débris de la gaine fibreuse, mais rien ne rappelle l'aspect d'une synoviale. La reposition des tendons est facile mais il n'en est pas de même de leur contention. Pour les y maintenir, ne pouvant compter sur les tissus

fibreux de la région, nous nous décidons, à l'exemple d'autres chirurgiens, à emprunter des moyens de contention au squelette.

Après avoir détaché un lambeau périostique sur la face externe du péroné, à la partie supérieure de l'incision, nous essayons de le suturer par dessus les tendons aux débris de la gaine fibreuse ; mais nous reconnaissons bientôt qu'une telle gaine n'offrira aucune résistance aux tendons, et que c'est tout à fait en bas, au niveau de leur réflexion sous la malléole, qu'il faut les fixer.

Avec le ciseau et le maillet nous entaillons alors un lambeau ostéo-périostique aussi épais que possible sur la face externe de la malléole. Ce lambeau comprend presque toute cette face externe et a une hauteur d'environ 3 centimètres. Il est à peu près quadrilatère et reste adhérent par son côté postérieur qui correspond au bord de la gouttière malléolaire.

Ce lambeau renversé en arrière et en bas, de façon que sa face périostique corresponde aux tendons et sa face fracturée soit tournée du côté de la peau.

Un lambeau ostéo-périostique taillé en sens inverse, sur la face externe du calcanéum, comme le montre la fig. 64 est relevé en avant et en haut pour aller à la rencontre du précédent. Mais à ce moment nous craignons que ces deux lambeaux réunis par des points de suture n'offrent pas assez de solidité pendant les premiers jours. C'est alors que nous employons la manœuvre suivante. Avec le petit perforateur de Championnière, nous creusons dans la malléole externe un trou qui commence superficiellement sur la portion cruentée résultant de la formation du lambeau, et qui se dirige obliquement en dedans et en arrière pour sortir à la face postérieure de la malléole en dedans des tendons réduits. Un gros catgut est passé dans ce trajet ; puis, les tendons étant en place et le lambeau ostéo-périostique pris sur la malléole étant rabattu sur eux, le catgut est ramené sur la face externe de ce lambeau et noué.

Nous pouvons alors constater que les tendons sont bien main-

tenus. Notre lambeau calcanéen est alors suturé au lambeau malléolaire au moyen de soie n° 1. La peau est suturée au crin de Florence et après le pansement, le pied est mis dans un appareil plâtré.

Rien à signaler jusqu'au moment de la levée de l'appareil qui a lieu le 4 février, c'est-à-dire un mois après l'opération. Les crins de Florence sont enlevés et on constate que les tendons sont bien restés à leur place. Quelques mouvements de flexion et d'extension sont imprimés au pied sans qu'on note la moindre tendance à une nouvelle luxation.

L'opéré commence à marcher quelques jours après et sort le 22 avril. A partir de ce moment il se considère comme guéri. Les tendons restent en place et la déviation du pied ne se reproduit plus.

Nouvel examen du malade en juillet. A cette époque la guérison pouvait être considérée comme définitivement acquise. Les tendons étaient à leur place, glissant facilement dans les mouvements d'extension et de flexion, comme on pouvait s'en assurer par la palpation. On ne constatait aucune néo-formation osseuse mais on avait nettement la sensation d'un tissu fibreux, souple, élastique et résistant interposé entre les tendons et la peau.

CONCLUSIONS

I. — La luxation des tendons péroniers latéraux est une lésion très rare ; il n'en existe qu'une vingtaine de cas dans la littérature médicale.

II. — On peut en distinguer deux variétés, suivant que les deux tendons sont luxés simultanément ou qu'un seul d'entre eux est déplacé. D'après nos recherches, le premier cas serait le plus fréquent.

III. — Cette affection est particulière aux gens vigoureux, ayant des contractions musculaires énergiques ; elle est beaucoup plus fréquente chez l'homme (22 pour 3 femmes) et se rencontre surtout à l'âge adulte et chez les personnes dont la profession réclame des efforts musculaires violents.

Certaines particularités anatomiques favorisent cette luxation, à savoir :

- a)* La longueur de ces tendons ;
- b)* Leur position superficielle ;
- c)* Le voisinage de l'articulation médio-tarsienne ;
- d)* Leur disposition angulaire ;
- e)* Le faible degré de saillie du bord postérieur de la malléole, disposition assez fréquente (4 fois sur 80 malades. Jarjavay).

Enfin les affections antérieures de la région du cou-de-pied ont une certaine influence, en particulier l'entorse, la fracture de la malléole externe et la paralysie infantile.

La lésion se produit le plus souvent à l'occasion d'une chute sur les pieds, d'un faux mouvement, d'un faux pas, et d'une manière générale, toutes les fois que le pied tournant accidentellement en dedans, les muscles péroniers se contractent violemment pour ramener ce pied dans sa position normale. La vraie cause efficiente de la luxation n'est pas la violence de la torsion du pied, mais la contraction exagérée et simultanée des muscles péroniers.

La luxation par traumatisme direct est extrêmement rare; il n'en existe que deux cas publiés, dont un douteux.

IV. — Le signe vraiment pathognomonique est la présence sur la face externe de la malléole d'un cordon dur, simple ou double suivant qu'il y a luxation de l'un ou des deux tendons; on sent nettement rouler sous le doigt ce cordon qui est le plus souvent mobile, et rentre dans la gouttière rétro-malléolaire avec un bruit sec, par une légère pression en arrière.

V. — Le diagnostic est facile; l'affection ne saurait d'ailleurs être confondue qu'avec l'entorse, la fracture de la malléole externe et la synovite tendineuse.

VI. — Au point de vue du fonctionnement du membre, cette affection est d'un pronostic relativement grave. Par la « luxation habituelle » qui lui fait généralement suite, elle compromet le plus souvent d'une

façon sérieuse les fonctions du membre, et nécessite dans la plupart des cas pour sa guérison radicale, une intervention chirurgicale.

VII. — En présence d'un cas récent, le chirurgien doit réduire la luxation, ce qui ne souffre aucune difficulté, et chercher à la maintenir réduite par un appareil silicaté bien appliqué. Quoique rare, la guérison est possible par ce traitement simple et c'est par là qu'on doit commencer.

Quand la luxation est devenue habituelle, il ne faut pas compter sur les bandages et autres appareils, la seule ressource est l'intervention sanglante.

De tous les procédés opératoires employés jusqu'ici, c'est celui de König qui, en principe, nous paraît le plus efficace. Les modifications que M. le médecin-major Ruotte a apportées à ce procédé nous semblent dignes d'être conservées.

VU :

Le Président de la Thèse,

OLLIER.

VU :

Le Doyen de la Faculté,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- MONTEGGIA. — Institutioni Chirurgiche, t. V, p. 181, 1803.
ROBERT. — Gazette des Hôpitaux, 1847, p. 389.
DEMARQUAY. — Bulletin de thérapeutique, 1861, p. 21.
JARJAVAY. — Gazette hebdomadaire, 1867, p. 387.
LEGOUEST. — Gazette des Hôpitaux, 1868, p. 191.
CH. MARTINS. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1874.
Séance du 6 janvier.
BENOIT. — *Ibidem*.
GOSSÉLIN. — *Ibidem*.
BLANLUET. — Thèse, Paris, 1875.
BEACH. — Boston medic. and surgic journal, mars 1876.
GUTTIEREZ. — Thèse, Paris, 1877.
GILLET DE GRANDMONT. — France Médicale, 1878.
DANIEL MOLLIÈRE. — Lyon Médical, 2 novembre 1879.
MAYDL. — Allegm. Wien. med. zeitung, 1882, n° 6.
BALARD D'HERLINVILLE. — Thèse, Paris, 1890.
KRASKE. — Centralbl. für Chirurgie, 15 juin 1895.
KRAMER. — Centralbl. für Chirurgie, 6 juillet 1895.
STAFFEL. — Centralbl. für Chirurgie, 5 novembre 1895.
ALLEN-WALLSHAM. — British. med. journal, 2 novembre 1895.
PERIMOFF. — Revue de Chirurgie, 1896, p. 679.
MUNRO-SMITH. — British medic. journal, 15 mai 1897.
KÖNIG. — Centralblatt für Chirurgie, 1898, p. 25.
RIESE. — Centralblatt für Chirurgie, 1898, p. 584.
-

Imp. Mougin-Rusand. — Waltener et C^{ie} Succ.
3, Rue Stella — Lyon.

